



UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES
ET DES MODES D'INTERVENTIONS EN SANTÉ

PROPOSITION D'ORGANISATION DE LA **MÉDECINE BARIATRIQUE** POUR LES TERRITOIRES DU RÉSEAU UNIVERSITAIRE INTÉGRÉ EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

RAPPORT
D'ÉVALUATION
01-2020



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL).

RÉALISATION

Karine Bibeau, PhD, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR) en ETMIS, IUCPQ-UL

Sylvain Bussières, PhD, APPR en ETMIS, IUCPQ-UL

Dr Yves Lacasse, MD, MSc, FRCPC, directeur scientifique de l'UETMIS, IUCPQ-UL

MISE EN PAGE

Myriam Morin, adjointe administrative, direction des services professionnels de l'IUCPQ-UL

Hélène Trudel, conception graphique de la couverture, service audiovisuel IUCPQ-UL

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité d'ETMIS de l'IUCPQ-UL, s'adresser à :

Dr Yves Lacasse, pneumologue

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

2725, Chemin Ste-Foy, Québec (Québec) G1V 4G5

Yves.Lacasse@fmed.ulaval.ca

Comment citer ce document :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (UETMIS-IUCPQ-UL). Proposition d'organisation de la médecine bariatrique pour les territoires du réseau universitaire int egr e en santé et services sociaux de l'Université Laval – Rapport d'évaluation pr epar e par Karine Bibeau, Sylvain Bussières, et Yves Lacasse (ETMIS-IUCPQ-UL 01-20) Québec, 2019, XV- 104 p.

Les photos et images du présent rapport sont utilisées avec la permission des auteurs.

  2020 UETMIS – IUCPQ-UL, juin 2020

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à des fins non commerciales, à condition que la source soit mentionnée.

ISBN 978-2-923250-80-9

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2020

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes a comme seul but d'alléger le texte et d'identifier sans discrimination les individus des deux sexes.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

COMITÉ DE TRAVAIL INTERNE DE L'IUCPQ-UL

- Dr Simon Marceau, chef du département de chirurgie bariatrique et chirurgien général et bariatrique
- Dre Odette Lescelleur, chirurgienne générale et bariatrique
- Dre Annie Lafortune, chirurgienne générale et bariatrique
- Dre Marie-Philippe Morin, médecin interniste
- Dr Daniel Lefrançois, directeur des services professionnels
- Mme Sophie Bellavance, directrice des services multidisciplinaires
- Mme Mélanie Lemelin, directrice adjointe à la direction des soins infirmiers
- Mme Sandra Laliberté, adjointe aux affaires médicales (i) à la direction des services professionnels
- Mme Marie-Claude St-Pierre, chef d'unité de soins D2 et clinique ambulatoire de chirurgie bariatrique
- Mme Nathalie Turgeon, infirmière clinicienne, clinique de chirurgie bariatrique
- Mme Anne-Marie Goulet, conseillère cadre en soins infirmiers à la direction des soins infirmiers
- Mme Carolyne Labonté, usager-ressource en médecine bariatrique

COMITÉ RÉGIONAL DE CONSULTATION

CISSS du Bas-Saint-Laurent

- Mme Édith Lévesque, gestionnaire responsable du bloc opératoire du Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- Dre Josée Bilodeau, chef du service de chirurgie générale pôle Est à Hôpital régional de Rimouski

CIUSSS de la Capitale-Nationale

- Dre Chantale Guimont, médecin omnipraticien
- Mme Ève Pilon, chef de service du Programme Traité Santé et des dossiers transversaux Maladies chroniques

CIUSSS de Saguenay-Lac-Saint-Jean

- Dr Jonathan Dubé, chirurgien général et bariatrique
- M. Marc Côté, coordonnateur des activités chirurgicales endoscopie et cliniques externes

CISSS de la Côte-Nord

- Dre Hélène Milot, chirurgienne générale et bariatrique
- Mme Geneviève Marchand, infirmière gestionnaire de la trajectoire

CISSS de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

- Dr Joseph Chebib, chirurgien général et bariatrique, CISSS de la Gaspésie
- Mme Nancy Méthot, gestionnaire, CISSS de la Gaspésie
- Dr Philippe Demers, chirurgien, CISSS des Îles

CISSS de Chaudière-Appalaches

- Dr Guy Bisson, cogestionnaire médical du programme de chirurgie
- Dr Alexandre Lavigne, chef du service de chirurgie du secteur Montmagny
- M. Marco Bélanger, Directeur adjoint – chirurgie à la Direction des services professionnels
- M^{me} Line Picard, coordonnatrice régionale

COLLABORATEURS

- Dr Laurent Biertho, cotitulaire de la chaire de recherche en chirurgie bariatrique et président sortant de l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques, IUCPQ-UL
- M. André Tchernof, directeur de l'axe de recherche en obésité, diabète de type II et métabolisme au Centre de recherche de l'IUCPQ-UL et cotitulaire de la Chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique, IUCPQ-UL
- D^{re} Marie-France Langlois, clinicienne-chercheure et professeure titulaire et directrice de l'Unité d'enseignement, de traitement et de recherche sur l'obésité (UETRO), Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Dr Paul Poirier, cardiologue et responsable du programme de prévention/réadaptation cardiaque, IUCPQ-UL
- M. Jean-Pierre Després, directeur scientifique, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL)
- M^{me} Hélène Lizotte, directrice adjointe à la direction générale, IUCPQ-UL
- M^{me} Danielle Roy, chargée de projets à la direction des services multidisciplinaires et ancienne cogestionnaire en obésité, IUCPQ-UL
- M^{me} Annick Dallaire, infirmière clinicienne en chirurgie bariatrique, IUCPQ-UL
- M. Jimmy Durette, kinésiologue et coordonnateur du programme Approche Multidisciplinaire Intégrée en Gestion de l'Obésité (AMIGO) au Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC), IUCPQ-UL
- M^{me} Sophie St-Laurent, chef de service de nutrition et chef de service PPMC, IUCPQ-UL
- M^{me} Hélène Trudel, illustratrice médicale, IUCPQ-UL
- M^{me} Isabelle Poirier, adjointe aux affaires médicales à la direction des services professionnels, IUCPQ-UL

FINANCEMENT

Ce projet a été financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'IUCPQ-UL.

AVANT-PROPOS

Le Comité directeur scientifique de l'UETMIS de l'IUCPQ-UL a pour mission de soutenir et de conseiller les décideurs (gestionnaires, médecins et professionnels) dans la prise de décision relative à la meilleure allocation de ressources visant l'implantation d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé ou la révision d'une pratique existante.

COMITÉ DIRECTEUR SCIENTIFIQUE DE L'UETMIS DE L'IUCPQ-UL

- Dr Daniel Lefrançois, directeur des services professionnels
- M^{me} Sandra Laliberté, adjointe aux affaires médicales (i) à la direction des services professionnels
- Dr Yves Lacasse, pneumologue, directeur scientifique de l'UETMIS et représentant du département multidisciplinaire de pneumologie et de chirurgie thoracique
- M. Sylvain Bussières, agent de planification, de programmation et recherche en ETMIS
- M^{me} Karine Bibeau, agente de planification, de programmation et recherche en ETMIS
- M^{me} Catherine Tremblay, responsable de l'évaluation et de l'innovation technologique, service de génie biomédical
- Dr Mathieu Bernier, cardiologue, représentant du département multidisciplinaire de cardiologie
- D^{re} Odette Lescelleur, chirurgienne générale et bariatrique, représentante du département de chirurgie générale et bariatrique
- M^{me} Nathalie Châteauvert, pharmacienne, représentante du département de pharmacie
- Dr Daniel Garceau, représentant du secteur du grand programme de médecine générale et spécialisée
- M^{me} Carole Lavoie, coordonnatrice des risques et de la qualité, Direction de la qualité, de l'évaluation et de l'éthique
- M. Serge Simard, biostatisticien, représentant du Centre de recherche

Ce document présente les informations répertoriées au mois de novembre 2019 selon la méthodologie de recherche documentaire d evvelopp ee. Ces informations ne remplacent pas le jugement du clinicien. Elles ne constituent pas une approbation ou un désaveu du mode d'intervention ou de l'utilisation de la technologie en cause.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'IUCPQ-UL, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, les auteurs, l'IUCPQ-UL, les membres du groupe de travail de même que les membres du Comité d'ETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

SOMMAIRE

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) est reconnu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme centre d'excellence en chirurgie bariatrique depuis 2009. Près de 70 % des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique à l'IUCPQ-UL proviennent de l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale, bien que la majorité des régions administratives possèdent des centres offrant de la chirurgie bariatrique. Le suivi postopératoire de ces patients s'ajoute à celui d'une cohorte de plus de 9 000 patients déjà suivis par l'IUCPQ-UL. Face à l'absence d'un réseau structuré en chirurgie bariatrique, il a été proposé de réaliser un projet d'évaluation portant sur la hiérarchisation de la prise en charge de la clientèle avec obésité morbide. Avec la collaboration des établissements du RUISSS UL impliqués dans les programmes de chirurgie bariatrique, le support du comité de travail et la revue des données issues de la littérature, les critères de classification et de désignation des centres offrant un programme intégré de médecine bariatrique ont été déterminés. Les rôles et les responsabilités selon les niveaux d'accès aux services en fonction des critères de désignation des centres ont également été définis, et une trajectoire entre les niveaux d'accès aux services basée sur les meilleures pratiques cliniques, en incluant les mécanismes de référence entre les niveaux d'accès aux services pour supporter le principe de hiérarchisation des soins et des services, a été proposée. Ainsi, il est recommandé aux établissements du RUISSS UL de supporter et de participer à l'implantation d'un réseau structuré d'établissements hiérarchisés selon les rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services et des critères de classification des centres, et de collaborer afin de mettre en place la proposition de trajectoire optimale des usagers en fonction des niveaux d'accès aux services et de la hiérarchisation des établissements sur le territoire.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AACE	<i>American Association of Clinical Endocrinologists</i>
ACC	<i>American College of Cardiologists</i>
ACE	<i>American College of Endocrinology</i>
ACS	<i>American College of Surgeons</i>
AHA	<i>American Heart Association</i>
AMA	<i>American Medical Association</i>
ANZOS	<i>Australian and New Zealand Obesity Society</i>
ASMBS	<i>American Society for Metabolic and the Bariatric Surgery</i>
BOMSS	<i>British Obesity and Metabolic Surgery Society</i>
CABPS	<i>Canadian Association of Bariatric Physicians et Surgeons</i>
CDC	<i>Centers for disease control and prevention</i>
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CT	Circonférence de taille
CTF	<i>Canadian Task Force</i>
EOSS	<i>Edmonton obesity staging system</i>
FESNAD	<i>Spanish Federation of Nutrition, Food and Dietetic Associations</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
ICSI	<i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>
IMC	Indice de masse corporelle
IUCPQ-UL	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
MBSAQIP	<i>Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHLBI	<i>National Heart, Lung, and Blood Institute</i>
NHMRC	<i>National Health and Medical Research Council</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
RUISSS UL	Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux de l'Université Laval
SIGN	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
TOS	<i>The Obesity Society</i>
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé
USPTF	<i>United States Preventive Services Task Force</i>
VA/DoD	<i>Department of Veterans Affairs / Department of Defense</i>

TABLE DES MATIÈRES

1. CONTEXTE DU PROJET	1
1.1 Objectifs du projet	1
1.2 Élaboration du rapport d'évaluation	2
2. BRÈVE REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'OBÉSITÉ	3
2.1 La définition et l'évaluation de l'obésité	3
2.2 La prévalence de l'obésité	4
2.3 L'obésité, une maladie chronique ?	5
2.4 Les causes de l'obésité.....	6
2.5 Les comorbidités et les conséquences liées à l'obésité	6
2.6 Le fardeau économique de l'obésité	7
2.7 Les approches thérapeutiques de l'obésité et leur efficacité	8
2.7.1 L'intervention en modification des habitudes de vie	8
2.7.2 La pharmacothérapie	10
2.7.3 La chirurgie bariatrique	11
2.7.4 Le rapport coût-efficacité des approches thérapeutiques de l'obésité.....	13
2.7.5 Les défis de la prise en charge de l'obésité.....	13
3. MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ EN OBÉSITÉ	15
3.1 Définitions des termes et concepts	15
3.1.1 Les niveaux d'accès aux services.....	15
3.1.2 Les niveaux de prévention de la maladie.....	16
3.2 Les modèles d'organisation des soins de santé en lien avec les guides de pratique clinique.....	18
3.2.1 Le Royaume-Uni	18
3.2.2 La France	19
3.2.3 L'Australie	20
3.2.4 Les États-Unis.....	21
3.2.5 Le Canada : Ontario.....	22
4. DES ENQUÊTES SUR LE TERRAIN : LA SITUATION ACTUELLE	23
4.1 La pratique de la chirurgie bariatrique dans le RUISSS UL	23
4.2 Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez des patients bariatriques	31
5. VERS UNE HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES : LA SITUATION SOUHAITABLE	36
5.1 Les critères de désignation des centres selon les niveaux d'accès aux services	36

5.2 Les rôles et les responsabilités des centres, des médecins et des professionnels selon les niveaux d'accès aux services	39
5.3 La trajectoire proposée pour une offre de soins et de services optimale	42
5.3.1 Question décisionnelle et question de recherche	42
5.3.2 Recherche documentaire	42
5.3.3 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications	42
5.3.4 Résultats de la recherche documentaire	43
5.3.5 Sélection des guides de pratique clinique pour la proposition de trajectoire	45
5.3.6 Appréciation de la qualité des revues systématiques	47
5.3.7 Extraction des recommandations à considérer dans la trajectoire	47
5.3.8 Proposition de trajectoire basée sur les meilleures pratiques cliniques de prise en charge de l'obésité	49
6. LES CONSTATS SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE BARIATRIQUE.....	53
6.1 La prise en charge globale de l'obésité est appuyée par plusieurs guides de pratique basés sur des évidences scientifiques.	53
6.2 L'analyse de la situation actuelle a permis de constater l'absence de réseau ou de structure formelle démontrant l'organisation de la médecine bariatrique dans le RUISSS UL.	54
6.3 La situation souhaitable se définit par une organisation de soins et de services en un réseau d'établissement hiérarchisés.	56
6.4 Une trajectoire fondée sur les données probantes comblerait l'écart entre les situations actuelle et souhaitable.....	57
7. RECOMMANDATIONS.....	58
7.1 Recommandation 1.....	58
7.2 Recommandation 2.....	59
8. CONCLUSION	60
9. RÉFÉRENCES.....	98
10. ANNEXES	61
ANNEXE A. Financement accordé par le MSSS pour la réalisation du projet d'évaluation sur la hiérarchisation de la prise en charge de la clientèle avec obésité sévère et morbide.....	61
ANNEXE B. Enquête sur la pratique de la médecine et de la chirurgie bariatriques dans le RUISSS UL	62
ANNEXE C. Enquête sur la perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques	72
ANNEXE D. Stratégie de recherche dans PubMed	84
ANNEXE E. Extraction des recommandations pertinentes des guides de pratique pour la trajectoire optimale en médecine bariatrique	85
ANNEXE F. Suggestions du comité directeur scientifique ETMIS sur d'autres éléments à considérer.....	97

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Variation de la circonférence de taille en fonction des catégories d'IMC.	3
Figure 2. Variation du pourcentage de la prévalence des classes d'obésité au Canada.	5
Figure 3. Les comorbidités de l'obésité.	7
Figure 4. Approche à plusieurs niveaux d'intensification du traitement de l'obésité.....	9
Figure 5. Efficacité des traitements de l'obésité.	10
Figure 6. Chirurgies bariatriques restrictives.	11
Figure 7. Chirurgies bariatriques hybrides.....	12
Figure 8. Niveaux d'accès aux services.....	15
Figure 9. Niveaux de prévention de la maladie.....	17
Figure 10. Traitement de l'obésité par le système de santé au Royaume-Uni.	19
Figure 11. Algorithme de prise en charge de l'obésité en Australie.	20
Figure 12. Centres qui offrent ou qui offriront un programme de chirurgie bariatrique sur le territoire du RUISSS UL.	23
Figure 13. Composition des équipes des programmes de chirurgie bariatrique du RUISSS UL.	25
Figure 14. Impression des centres du RUISSS UL sur le degré de préparation/compréhensions des usagers par rapport à la chirurgie bariatrique et à son suivi.	26
Figure 15. Types de chirurgie bariatrique offerts dans les centres du RUISSS UL.....	26
Figure 16. Raisons limitant le nombre de chirurgie bariatrique selon les centres du RUISSS UL.	28
Figure 17. Professionnels du programme de chirurgie bariatrique impliqués dans le suivi postopératoire des usagers dans les centres du RUISSS UL.	29
Figure 18. Initiatives qui permettraient l'amélioration des soins en médecine et en chirurgie bariatriques dans RUISSS UL.	31
Figure 19. Moyens utilisés par les répondants pour perdre du poids avant d'avoir recours à la chirurgie bariatrique. .	32
Figure 20. Services utilisés par les répondants pour perdre du poids avant d'avoir recours à la chirurgie bariatrique.	32
Figure 21. Périodes écoulées entre l'inscription sur la liste d'attente, la première consultation avec l'équipe du programme de chirurgie bariatrique et la chirurgie.	33
Figure 22. Fréquence des rencontres avec les professionnels dans l'année suivant la chirurgie bariatrique.....	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Classification du poids en lien avec l'IMC et la circonférence de taille, et le risque de développer des problèmes de santé.	4
Tableau 2. Sommaire des critères de désignation proposés des centres de médecine et de chirurgie bariatriques dans le RUISSS UL.	38
Tableau 3. Sommaire des rôles et des responsabilités souhaités pour un centre tertiaire responsable d'un réseau. ...	40
Tableau 4. Sommaire des rôles et des responsabilités souhaités pour les centres régionaux et les activités de première ligne.....	41
Tableau 5. Critères d'éligibilité des documents.	43
Tableau 6. Aperçu des recommandations clés émanant des guides de pratique sur la gestion du surpoids et de l'obésité chez l'adulte dans les pays développés.....	45
Tableau 7. Caractéristiques des guides de pratique de prise en charge de l'obésité retenus pour la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services.	46
Tableau 8. Nombre de recommandations considérées pour la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services en fonction des guides de pratique sélectionnés.....	48
Tableau 9. Synthèse des recommandations issues des guides de pratique selon les étapes de la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services.	49

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) est reconnu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme centre d'excellence en chirurgie bariatrique depuis 2009. Près de 70 % des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique à l'IUCPQ-UL proviennent de l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale, bien que la majorité des régions administratives (cinq des six régions administratives couvertes par le Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux de l'Université Laval [RUISSS UL]) incluent des centres offrant la chirurgie bariatrique.

En réponse à la demande croissante de la clientèle, il y a eu une augmentation constante du volume de chirurgies bariatriques dans les dernières années dans le RUISSS UL. Pour l'année financière 2018-2019, le nombre de patients opérés dans l'ensemble des centres régionaux (n = 713) est légèrement supérieur à celui de patients opérés à l'IUCPQ-UL (n = 667), pour un total de près de 1 400 chirurgies bariatriques effectuées dans le RUISSS UL, soit plus du tiers des chirurgies bariatriques réalisées au Québec (n = 4 167). À l'IUCPQ-UL, le suivi postopératoire des patients récemment opérés s'ajoute à celui de plus de 9 000 patients, dont plusieurs ont été opérés dans d'autres établissements, incluant ceux du RUISSS UL.

En raison de l'absence d'un réseau structuré en chirurgie bariatrique, les partenaires du RUISSS UL doivent travailler en étroite collaboration afin de définir et de préciser l'organisation des soins et des services. Cependant, la chirurgie bariatrique n'est qu'une des options de traitements possibles en obésité. L'offre de soins et de services en obésité devrait ainsi être envisagée de manière plus globale pour inclure l'ensemble des traitements disponibles pour cette clientèle, soit les soins et les services en médecine bariatrique. Dans ce contexte, l'IUCPQ-UL a obtenu une aide financière non-récurrente du MSSS afin de mener un projet d'évaluation portant sur la hiérarchisation de la prise en charge de la clientèle avec obésité morbide.

MÉTHODOLOGIE

Afin de brosser le portrait global de la situation actuelle dans le RUISSS UL par rapport aux soins et aux services offerts en médecine bariatrique, deux enquêtes ont été menées auprès de clientèles cibles déterminées en fonction du contenu de l'enquête. Ainsi, deux collectes de données ont été réalisées : la première auprès des établissements qui offrent un programme de chirurgie bariatrique et la seconde auprès des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique.

Avec le support du comité de travail interne, les critères de désignation des établissements, de même que les rôles et les responsabilités des niveaux d'accès aux services (première, deuxième et troisième lignes) ont été définis dans le but de déterminer la situation souhaitable.

La démarche de proposition de la trajectoire optimale s'est essentiellement appuyée sur un processus scientifique à partir de la recension des données probantes issues des guides de pratique clinique, mais également sur la participation active des diverses parties prenantes au projet.

Question décisionnelle :

Dans une perspective d'organisation des soins et des services en médecine bariatrique dans le RUISSS UL, quelle est la trajectoire optimale permettant une hiérarchisation des niveaux d'accès aux services dans la prise en charge et le traitement de l'obésité des adultes ?

Question de recherche :

Quelles sont les composantes essentielles à considérer dans la trajectoire de soins et de services pour favoriser l'efficacité et la sécurité de la prise en charge et du traitement de l'obésité chez les adultes ?

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de la base de données indexée Medline (PubMed), afin d'identifier les revues systématiques portant sur les guides de pratique clinique sur la prise en charge et les traitements de l'obésité chez les adultes. Les documents rédigés en français ou en anglais l'ont été entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 octobre 2019. Deux évaluateurs ont procédé de manière indépendante à la sélection des revues systématiques et à l'évaluation de leur qualité méthodologique, mais un seul a procédé à l'extraction des données. Les données des guides de pratiques recensés par les revues systématiques ont d'abord été extraites, puis toutes les recommandations considérées pertinentes à la proposition de trajectoire optimale basée sur les données probantes, c'est-à-dire en lien avec les niveaux d'accès aux services, les niveaux de prévention et les traitements de l'obésité, ont été extraites des guides de pratique sélectionnés. Les recommandations extraites des guides de pratique ont d'abord été regroupées par catégorie, puis un schéma de la trajectoire entre les niveaux d'accès aux services a été produit. Par la suite, les catégories de recommandations ont été associées à des étapes définies par des puces numérotées sur la trajectoire proposée. Dans certains cas, les catégories ont été subdivisées pour mieux correspondre aux étapes de la trajectoire proposée.

RÉSULTATS

Des enquêtes pour documenter la situation actuelle

Les données récoltées à la suite des enquêtes suggèrent que les activités de première ligne sont peu impliquées dans la prise en charge globale de l'obésité des usagers, dans le processus de préparation des usagers en vue d'une chirurgie bariatrique, et dans le suivi des usagers à la suite de la chirurgie bariatrique. Ainsi, la gestion du poids par les intervenants de première ligne n'apparaît pas comme étant un service offert systématiquement à la clientèle obèse. Les données mettent également en lumière l'hétérogénéité de la pratique dans les centres du RUISSS UL pendant l'investigation préopératoire et le suivi postopératoire. Dans l'ensemble, l'analyse de la situation actuelle a permis de constater la quasi-absence de la médecine bariatrique, excluant la chirurgie bariatrique, sur le territoire du RUISSS UL. La chirurgie bariatrique est, quant à elle, bien établie dans les centres et tend à respecter les recommandations des guides de pratique. La situation actuelle indique que le recours à des programmes de modification des habitudes de vie semble davantage lié à la volonté des usagers de gérer leur poids, plutôt que de faire l'objet d'une prise en charge systématique et organisée dans le milieu de la santé.

Vers une hiérarchisation des soins et services pour définir la situation souhaitable

Avec le support du comité de travail interne et une revue de la littérature sur les critères de désignation des centres de chirurgie bariatrique, il a été décidé d'adopter les critères proposés par la *Canadian Association of Bariatric Physicians et Surgeons* (CABPS). Les centres de niveau 1 (soins tertiaires) offrent tous les types de chirurgie bariatrique à l'ensemble des usagers obèses, indépendamment de leur indice de masse corporelle et de leur(s) comorbidité(s). Les centres de niveau 2 se distinguent des centres de niveau 1 notamment par leur volume annuel moindre de chirurgies bariatriques, leur offre plus limitée des types de chirurgie bariatrique et leur clientèle limitée aux usagers à faible risque. Certains critères des centres de niveau 2 de la CABPS ont cependant été ajustés afin de permettre plus de flexibilité aux centres régionaux en ce qui concerne les types de chirurgie bariatrique à offrir. Le comité de travail interne a décidé d'éliminer la catégorie des centres de niveau 3 de la CABPS puisque tous les centres régionaux actuellement désignés dans le RUISSS UL ne répondent pas aux exigences de niveau 3. Les centres d'excellence en médecine bariatrique ne sont, quant à eux, pas catégorisés, car les programmes de médecine bariatrique peuvent être offerts conjointement ou non avec les services de chirurgie bariatrique.

Le comité de travail interne a par la suite défini les rôles et responsabilités des niveaux d'accès aux services. Ainsi, l'IUCPQ-UL déjà reconnu comme centre d'excellence dans la province par le MSSS, assumerait un double rôle, soit celui de centre tertiaire combinant les quatre missions d'une désignation universitaire : les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, mais également celui de centre responsable d'un réseau. Il est proposé que les soins offerts en première ligne incluent une prise en charge médicale initiale de l'obésité chez les usagers par des programmes de modification des habitudes de vie, avec ou sans pharmacothérapie. Les établissements offrant des soins de première ligne assisteraient également les centres

régionaux et le centre tertiaire dans les phases préopératoire et postopératoire à court terme des usagers (<2 ans) et partageraient avec ces centres la prise en charge à long terme des usagers (>2 ans). Les centres régionaux seraient, quant à eux, responsables d'offrir une prise en charge médicale plus complète et encadrée aux usagers souffrant d'obésité, incluant une prise en charge chirurgicale des usagers souffrant d'obésité sévère considérés à faible risque.

Une trajectoire fondée sur les données probantes pour combler l'écart entre les situations actuelle et souhaitable

La recherche documentaire a permis d'identifier deux revues systématiques récentes portant sur la recension des guides de pratique clinique de prise en charge et de traitements de l'obésité chez les adultes. De tous les guides de pratique recensés par ces revues systématiques, 15 guides ont été retenus. L'intégration des recommandations pertinentes dans une trajectoire a permis de mieux définir chaque étape, lesquelles sont pour la plupart supportées par des preuves scientifiques. Dans l'ensemble, les étapes de la trajectoire pour les activités de première ligne et pour le programme chirurgical offert dans les services de deuxième et de troisième lignes sont bien décrites dans les guides de pratique. Cependant, la structure du programme médical à déployer, surtout en ce qui concerne la pharmacothérapie, est moins bien définie. Dans ce contexte, certaines étapes de la trajectoire ont été définies à partir d'informations tirées de plusieurs documents dont ceux provenant des travaux des comités d'experts au MSSS. Il est important de préciser que la proposition de trajectoire tient compte de la situation actuelle dans le RUISSS UL (le nombre et la capacité des centres actuellement en fonction), et de la situation souhaitable par l'utilisation des critères de désignation du CABPS et de la définition des rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services.

DISCUSSION

L'analyse de l'ensemble des informations disponibles permet d'effectuer la comparaison entre la situation telle qu'elle est vécue actuellement et une situation souhaitable par tous les partenaires du projet, tout en étant fondée sur les données probantes. L'analyse de l'écart entre ces deux situations a permis de formuler les constats suivants :

1. La prise en charge globale de l'obésité est appuyée par plusieurs guides de pratique basés sur des évidences scientifiques.
2. L'analyse de la situation actuelle a permis de constater l'absence d'un réseau ou d'une structure démontrant l'organisation de la médecine bariatrique dans le RUISSS UL.
3. La situation souhaitable se définit par une organisation de soins et de services en un réseau d'établissements hiérarchisés.
4. Une trajectoire fondée sur les données probantes comblerait l'écart entre les situations actuelle et souhaitable.

RECOMMANDATION

Il est recommandé aux établissements du RUISSS UL impliqués dans la prise en charge globale de l'obésité de supporter et participer à l'implantation d'un réseau structuré d'établissements hiérarchisés selon les rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services et des critères de classification des centres.

Il est également suggéré aux partenaires du RUISSS UL de :

- développer un processus visant à s'assurer que les centres du réseau sont en conformité avec les exigences du CABPS et la définition de leurs rôles et responsabilités, et
- se concerter pour développer un programme intégré de prise en charge de l'obésité à travers les niveaux d'accès aux services pour contribuer au continuum de soins et de services pour tous les usagers qui pourraient en bénéficier.

Il est recommandé aux partenaires du RUISSS UL impliqués dans la prise en charge globale de l'obésité de collaborer afin de mettre en place la proposition de trajectoire optimale des usagers en fonction des niveaux d'accès aux services et de la hiérarchisation des établissements sur le territoire.

En accord avec le principe de hiérarchisation tel que défini par le MSSS, il est également suggéré aux partenaires du RUISSS UL de :

- créer des corridors de services bidirectionnels fluides entre les niveaux d'accès aux services permettant l'accessibilité des soins et services du réseau à tous les usagers qui pourraient en bénéficier;
- envisager la mise en place d'un guichet unique pour traiter les demandes d'accès à des services spécialisés et surspécialisés en médecine bariatrique et
- considérer l'identification d'indicateurs qui permettraient d'évaluer la performance de la trajectoire autant du point de vue clinique que du point de vue de gestion.

CONCLUSION

Les objectifs généraux de ce projet d'évaluation étaient de proposer une organisation de la pratique médicale et professionnelle en médecine bariatrique chez l'adulte sur le territoire du RUISSS UL et de consolider le rôle essentiellement tertiaire de l'IUCPQ-UL au sein de cette organisation pour la clientèle souffrant d'obésité. Avec la collaboration des partenaires du RUISSS UL impliqués dans les programmes de chirurgie bariatrique, le support du comité de travail et la revue des données issues de la littérature, les critères de classification et de désignation des centres offrant un programme intégré de médecine bariatrique ont été déterminés. Les rôles et les responsabilités selon les niveaux d'accès aux services en fonction des critères de désignation des centres ont également été définis, et une trajectoire entre les niveaux d'accès aux services basée sur les meilleures pratiques cliniques, en incluant les mécanismes de référence entre les niveaux d'accès aux services pour supporter le principe de hiérarchisation des soins et des services, a été proposée.

Ainsi, il est recommandé aux établissements du RUISSS UL de supporter et de participer à l'implantation d'un réseau structuré d'établissements hiérarchisés selon les rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services et des critères de classification des centres. Il est également recommandé aux partenaires du RUISSS UL impliqués dans la prise en charge globale de l'obésité de collaborer afin de mettre en place la proposition de trajectoire optimale des usagers en fonction des niveaux d'accès aux services et de la hiérarchisation des établissements sur le territoire.

1. CONTEXTE DU PROJET

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval (IUCPQ-UL) offre des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés à la population du centre et de l'Est-du-Québec, et celle provenant des frontières avec le Nouveau-Brunswick. L'IUCPQ-UL fait partie du Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux de l'Université Laval (RUISSS UL) où il assure le rôle de centre tertiaire en cardiologie, en pneumologie et en obésité. Le RUISSS UL couvre six régions administratives (Bas-St-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches), lesquelles représentent 30 % du territoire québécois et près du quart de la population du Québec.

L'IUCPQ-UL est reconnu par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme centre d'excellence en chirurgie bariatrique depuis 2009. Près de 70 % des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique à l'IUCPQ-UL proviennent de l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale, bien que la majorité des régions administratives (cinq des six régions administratives couvertes par le RUISSS UL) incluent des centres offrant où la chirurgie bariatrique est pratiquée. En effet, six centres régionaux offrent actuellement des services de chirurgie bariatrique, alors qu'un autre est à développer son offre de services pour 2020.

En réponse à la demande croissante de la clientèle, il y a eu une augmentation constante du volume de chirurgies bariatriques dans les dernières années dans le RUISSS UL. Pour l'année financière 2018-2019, le nombre de patients opérés dans l'ensemble des centres régionaux (n = 713) est légèrement supérieur à celui de patients opérés à l'IUCPQ-UL (n = 667), pour un total de près de 1 400 chirurgies bariatriques effectuées dans le RUISSS UL, soit plus du tiers des chirurgies bariatriques réalisées au Québec (n = 4 167). À l'IUCPQ-UL, le suivi postopératoire des patients récemment opérés s'ajoute à celui de plus de 9 000 patients, dont plusieurs ont été opérés dans d'autres établissements, incluant ceux du RUISSS UL.

En raison de l'absence d'un réseau structuré en chirurgie bariatrique, les partenaires du RUISSS UL doivent travailler en étroite collaboration afin de définir et de préciser l'organisation des soins et des services. Cependant, la chirurgie bariatrique n'est qu'une des options de traitements possibles en obésité. L'offre de soins et de services en obésité devrait ainsi être envisagée de manière plus globale pour inclure l'ensemble des traitements disponibles à la clientèle présentant de l'obésité : les soins et les services en médecine bariatrique. Le domaine d'intérêt de la médecine bariatrique comprend ainsi la nutrition, l'activité physique, la santé mentale, la médication et la chirurgie, traitements qui sont tous destinés à atteindre et à maintenir une perte de poids chez l'individu obèse. Dans ce contexte, l'IUCPQ-UL a obtenu une aide financière non-récurrente du MSSS pour un projet d'évaluation portant sur la hiérarchisation de la prise en charge de la clientèle avec obésité morbide, tel qu'attesté dans la communication présentée à l'annexe A.

1.1 OBJECTIFS DU PROJET

Ce projet a été entrepris dans le but d'assurer l'accessibilité et la continuité des secteurs de pointe dont fait partie l'offre de services cliniques en médecine bariatrique, laquelle constitue l'une des priorités organisationnelles de l'IUCPQ-UL pour la période 2018-2020. Les objectifs généraux du projet sont de proposer une organisation de la pratique médicale et professionnelle en médecine bariatrique chez l'adulte sur le territoire du RUISSS UL et de consolider le rôle essentiellement tertiaire de l'IUCPQ-UL au sein de cette organisation pour la clientèle souffrant d'obésité.

En cohérence avec sa mission, l'IUCPQ-UL souhaite mettre à profit son expérience et son expertise en médecine bariatrique afin de répondre aux objectifs spécifiques suivants :

- déterminer des critères de classification et de désignation des centres offrant un programme intégré de médecine bariatrique;
- définir les rôles et les responsabilités selon les niveaux d'accès aux services en fonction des critères de désignation des centres et
- proposer une trajectoire entre les niveaux d'accès aux services basée sur les meilleures pratiques cliniques, en incluant les mécanismes de référence entre les niveaux d'accès aux services pour supporter le principe de hiérarchisation des soins et des services.

1.2 ÉLABORATION DU RAPPORT D'ÉVALUATION

L'équipe de l'UETMIS de l'IUCPQ-UL a effectué une revue de la littérature afin d'identifier les enjeux liés aux traitements de l'obésité et de développer une vision globale de la prise en charge de l'obésité. Parallèlement, l'équipe a réalisé des entrevues individuelles auprès d'intervenants experts québécois dans le domaine de la médecine bariatrique ciblés par la revue de la littérature, mais aussi auprès de ceux qui avaient été ciblés d'emblée parce que travaillant activement à l'organisation des soins au sein de l'IUCPQ-UL.

Afin d'impliquer les centres régionaux qui offrent un programme de chirurgie bariatrique, le directeur des services professionnels (DSP) de l'IUCPQ-UL a présenté le projet à la table des DSP du RUISSS UL, afin de solliciter l'appui des DSP de tous les centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux (CI(U)SSS) du RUISSS UL. À la suite de cette présentation, les DSP ont été invités à informer les directeurs responsables du programme de chirurgie bariatrique dans leur établissement respectif, puis à désigner un chirurgien/médecin et un membre de l'équipe clinico-administrative impliqués dans cette trajectoire de soins et de services afin qu'ils soient porteurs du projet auprès de leurs pairs. Ces désignations ont notamment permis de mener des enquêtes sur le terrain pour mieux comprendre la situation actuelle (section 4).

Les documents recensés lors de la revue de la littérature ont servi d'assises aux réflexions et aux discussions du comité de travail interne de l'IUCPQ-UL sur la détermination des critères de désignation des établissements et sur la définition des rôles et des responsabilités selon les niveaux d'accès aux services dans une perspective de situation souhaitable en médecine bariatrique dans le RUISSS UL (sections 5.1 et 5.2). La proposition de trajectoire de soins et de services en médecine bariatrique est basée sur une revue rapide des guides de pratique clinique incluant des recommandations pouvant s'appliquer à un continuum de soins et de services pour la clientèle obèse (section 5.3).

2. BRÈVE REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'OBÉSITÉ

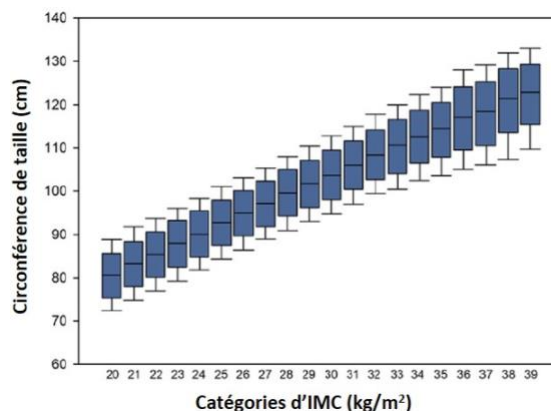
L'obésité est qualifiée d'épidémie mondiale et est de plus en plus perçue comme un problème de santé publique, considérant l'important fardeau qu'elle impose aux systèmes de santé des pays. La cause fondamentale de l'obésité consiste en un déséquilibre entre l'apport et la dépense énergétique, souvent jumelé à une réponse hormonale complexe inappropriée. La prise de poids est donc la résultante d'un mode de vie sédentaire au détriment de l'activité physique, de même que la consommation d'une alimentation riche en gras, en sucres et en énergie, plutôt que l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée. Cependant, l'excès de poids serait grandement influencé par un environnement bâti pouvant être qualifié « d'obésogène », lequel peut entraver l'adoption d'une saine alimentation et la pratique régulière d'activité physique des citoyens [1]. Selon les experts, l'obésité est une maladie qui se développe progressivement avec le temps, et une fois qu'elle est installée, elle devient tellement difficile à traiter qu'il est nettement préférable de prévenir l'accumulation de poids plutôt que de chercher à en perdre [2].

2.1 LA DÉFINITION ET L'ÉVALUATION DE L'OBÉSITÉ

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) proposait de définir le surpoids et l'obésité comme une condition d'accumulation anormale ou excessive de graisse, à un point tel qu'elle présente un risque pour la santé [2]. Chez l'adulte, la mesure du surpoids et de l'obésité la plus couramment utilisée est l'indice de masse corporelle (IMC), lequel correspond au poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille exprimée en mètres (kg/m^2). Des normes internationales pour la classification du surpoids et de l'obésité ont été publiées par l'OMS [2], et plusieurs pays les ont adoptées, dont le Canada [3]. L'IMC est l'indicateur le plus étudié et le plus utilisé à travers le monde pour l'évaluation de la prévalence de l'obésité à l'échelle populationnelle et pour l'évaluation du risque sur la santé.

Bien que l'IMC soit un outil simple et facile à utiliser, son utilisation comme indicateur du risque sur la santé comporte des limites, dont l'absence d'information à propos de la composition corporelle et de la distribution du tissu adipeux [4]. En effet, l'importance d'évaluer la distribution du tissu adipeux, en particulier de l'adiposité viscérale, est maintenant reconnue. Il a été démontré à plusieurs reprises que les individus en surpoids ou obèses qui présentent un excès d'adiposité viscérale au niveau abdominal constituent un sous-groupe plus à risque de maladies cardiovasculaires et métaboliques [5]. Le moyen le plus simple et le moins coûteux d'évaluer l'adiposité viscérale est la mesure de la circonférence de taille, qui est par ailleurs fortement corrélée avec l'IMC (figure 1), même s'il existe une importante variation de la circonférence de taille pour un IMC donné [6]. Il a été démontré que l'augmentation de la circonférence de taille est un prédicteur de la morbidité et de la mortalité au-delà de celles prédites par l'IMC seul [7, 8], ce qui suggère que l'ajout de la mesure de la circonférence de taille à celle de l'IMC serait pertinent afin de mieux évaluer la distribution du tissu adipeux et le risque de développer des problèmes de santé.

Figure 1. Variation de la circonférence de taille en fonction des catégories d'IMC.



Source : Adapté avec permission de Després [6]

Une classification du poids a donc été proposée, en tenant compte à la fois de l'IMC et de la circonférence de taille (tableau 1).

Tableau 1. Classification du poids en lien avec l'IMC et la circonférence de taille, et le risque de développer des problèmes de santé.

Catégorie	IMC, kg/m ²	Classe d'obésité	Risque de maladie*	
			Homme, CT ≤102 cm† Femme, CT ≤88 cm	Homme, CT >102 cm Femme, CT >88 cm
Poids insuffisant	< 18.5		---	---
Poids normal‡	18.5 -24.9		---	---
Excès de poids	25.0 – 29.9		Accru	Élevé
Obésité				
Légère	30.0 – 34.9	I	Élevé	Très élevé
Modérée	35.0 – 39.9	II	Très élevé	Très élevé
Sévère	≥ 40	III	Extrêmement élevé	Extrêmement élevé

CT : circonférence de taille; IMC : Indice de masse corporelle.

* Le risque de maladie comprend le diabète de type II, l'hypertension et la maladie cardiovasculaire en comparaison à un poids normal et une CT normale.

† Les seuils de CT peuvent différer dans certaines populations (exemples : population âgée, population asiatique).

‡ Une augmentation de la CT peut être associée à une augmentation du risque de maladie, même chez des individus de poids normal.

Source : Adapté de World Health Organization [2] et de Lau et collègues [4]

Depuis quelques années, de nouvelles approches tentent de considérer l'obésité de façon plus globale et moins axée seulement sur les déterminants physiques de l'individu [9]. Il semble que l'approche la plus adoptée par les cliniciens soit celle du système edmontonien de stadification de l'obésité (*Edmonton Obesity Staging System*, EOSS) qui permet de classer l'obésité par une évaluation clinique des facteurs de risque, des comorbidités métaboliques, mentales et mécaniques, et des limitations fonctionnelles de l'individu [10]. Il a été démontré que l'EOSS est un prédicteur de la mortalité, au-delà de l'IMC seul, ce qui peut aider les cliniciens à identifier les individus obèses qui présentent un risque accru de mortalité et qui bénéficieraient davantage d'une intervention en gestion de poids [11].

2.2 LA PRÉVALENCE DE L'OBÉSITÉ

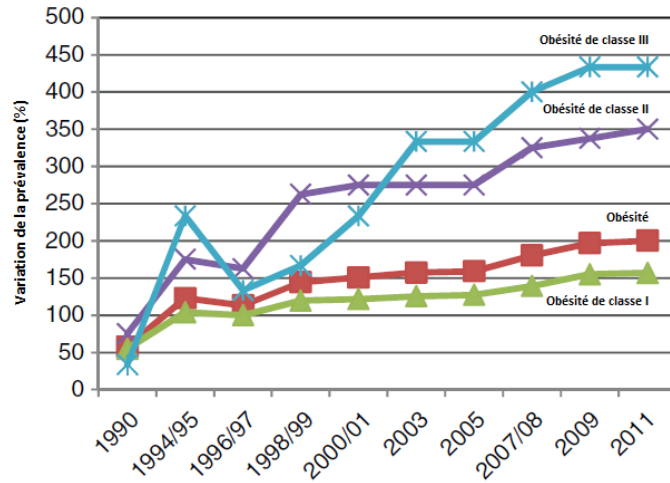
La prévalence d'obésité augmente de façon alarmante à travers le monde. Alors que l'obésité était principalement considérée comme un problème spécifique des pays à haut revenu, elle touche maintenant les pays à revenu faible ou intermédiaire, où vivent plus de 60 % de la population obèse [12].

En 1998, l'OMS publiait un rapport confirmant que l'obésité était devenue un problème de santé publique majeur et qualifiait déjà le phénomène d'épidémie mondiale [2]. Selon une étude publiée en 2017 et menée en partie par l'OMS, la prévalence de l'obésité a presque triplé entre 1975 et 2016 avec près d'un milliard d'individus obèses à l'échelle mondiale, dont 650 millions sont des adultes de plus de 18 ans [13]. Chez les enfants et les adolescents (5-18 ans), l'obésité a progressé de façon fulgurante avec un taux qui a été multiplié par 10 entre 1975 et 2016.

Au Canada, selon les données d'obésité mesurée, la prévalence de l'obésité chez les individus âgés de plus de 18 ans est passée de 13,8 % en 1978 à 25,4% en 2008 [14]. Toutes les catégories d'obésité ont progressé, mais les augmentations les plus importantes ont été notées dans les catégories d'IMC les plus élevés (figure 2). La proportion d'adultes obèses de classe II aurait au moins doublé et celle d'adultes obèses de classe III aurait au moins triplé en

25 ans [14-16]. Depuis, la croissance du taux d'obésité a ralenti, pour atteindre 27 % en 2017 [17], ce qui représente tout de même plus d'un adulte sur 4.

Figure 2. Variation du pourcentage de la prévalence des classes d'obésité au Canada.



Source : Adapté avec permission de Twells et collègues [16]

Au Québec, la proportion d'adultes obèses est passée de 14 % en 2003 à 18 % en 2014 [18]. Comme au Canada, les cas d'obésité sévère augmentent plus rapidement que les cas d'obésité de classe I [19]. Même si la progression de l'obésité a ralenti depuis quelques années, la proportion d'adultes québécois obèses devrait continuer d'augmenter graduellement [20] pour atteindre 21 % d'ici 2030 selon les projections les plus optimistes et 26 % selon les projections plus alarmistes [21].

2.3 L'OBÉSITÉ, UNE MALADIE CHRONIQUE ?

Selon l'*American Medical Association* (AMA), la maladie est définie par trois caractéristiques essentielles : (1) des signes et symptômes identifiables; (2) un fonctionnement anormal d'un ou de plusieurs systèmes du corps et (3) un impact négatif sur la santé générale ou une augmentation du risque de mortalité [22]. D'après les termes de l'OMS, la maladie chronique est une affection de longue durée, qui évolue lentement dans le temps et qui est souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Si la définition de maladie chronique n'est pas consensuelle [23], elle est généralement définie comme une affection non transmissible, de longue durée, qui ne guérit pas spontanément une fois qu'elle a été acquise, et qui est pratiquement incurable.

Longtemps perçue comme un simple facteur de risque des maladies chroniques comme le diabète de type II, la maladie cardiovasculaire, les maladies respiratoires chroniques et le cancer, l'obésité est elle-même de plus en plus reconnue comme étant une maladie chronique. En 1997, l'OMS [2] qualifiait déjà l'obésité de maladie chronique, une prise de position qui a par la suite été entérinée par plus d'une trentaine de sociétés médicales et professionnelles [24]. *The Obesity Society* (TOS) a récemment mis à jour sa déclaration sur l'obésité en la définissant comme « une maladie chronique multicausale reconnue tout au long de la vie, résultant d'un bilan énergétique positif à long terme et d'un excès d'adiposité qui, au fil du temps, entraîne des anomalies structurelles, des perturbations physiologiques et des altérations fonctionnelles. La maladie de l'obésité augmente le risque de développer d'autres maladies chroniques et est associée à une mortalité prématurée. Comme pour d'autres maladies chroniques, l'obésité se distingue par de multiples phénotypes, présentations cliniques et réponses au traitement [24] » (traduction libre).

Au Canada et au Québec, aucun des paliers gouvernementaux n'a officiellement reconnu l'obésité comme une maladie chronique. De plus, Santé Canada n'a jamais émis de directive sur le traitement et la prise en charge de l'obésité [25]. Cette absence de prise de position a des répercussions sur la disponibilité et l'accès aux différents traitements de

l'obésité. En effet, le fait de ne pas considérer l'obésité comme une maladie contribue à la stigmatisation des individus obèses et nuit au développement et à la mise en place d'approches et de ressources qui sont orientées vers la prise en charge et le traitement de l'obésité.

2.4 LES CAUSES DE L'OBÉSITÉ

L'obésité, particulièrement l'obésité sévère et morbide, est une condition chronique multicausale. À la base, l'augmentation du poids corporel, dont 60 à 80 % sont généralement du gras, résulte d'un déséquilibre énergétique, où l'apport énergétique dépasse la dépense énergétique sur une période de temps plus ou moins longue [26, 27]. Une étude a entre autres démontré qu'une augmentation de 10 % de l'apport énergétique total équivaut à une augmentation de 7 % de poids corporel, et conclut que l'augmentation globale du poids corporel dans la population américaine est principalement due à un apport énergétique supérieur à la dépense énergétique [28]. Cela dit, la régulation de la balance énergétique demeure complexe et est influencée par de nombreux facteurs génétiques et environnementaux.

Les liens entre la génétique et l'obésité sont de plus en plus supportés par des données probantes [29, 30]. Le syndrome de Prader-Willi est un type d'obésité syndromique caractérisé par une atteinte développementale touchant plusieurs organes. Certains types d'obésités, dits monogéniques, plus rares, sont définis par une obésité sévère et précoce associée à des troubles du comportement alimentaire [29]. Elles résultent de la mutation d'un gène impliqué dans la régulation et la stabilité du poids corporel. Dans ces cas, l'impact de la génétique est prépondérant et très peu dépendant des facteurs environnementaux. La forme la plus commune de l'obésité demeure cependant l'obésité à hérédité polygénique où l'environnement joue un rôle majeur dans le développement du phénotype [30]. Plus d'une centaine de polymorphismes dans des gènes impliqués entre autres dans la régulation de l'appétit, dans le métabolisme basal, et dans la thermogénèse ont été identifiés comme prédisposant à l'obésité [31]. En réalité, ce sont les interactions complexes entre ces polymorphismes et les facteurs métaboliques, comportementaux, culturels et environnementaux qui influencent la prise de poids. Il a déjà été démontré dans certaines études que les gènes d'un individu pourraient être influencés par son environnement. L'épigénétique représente un ensemble de processus, transmissibles et réversibles, qui permettent l'expression ou la répression des gènes; c'est ce qui fait qu'un même génome s'exprime différemment selon l'environnement de l'individu. L'épigénétique agirait alors comme un intermédiaire entre les facteurs environnementaux et comportementaux, et l'expression des gènes impliqués dans l'obésité [29, 31, 32].

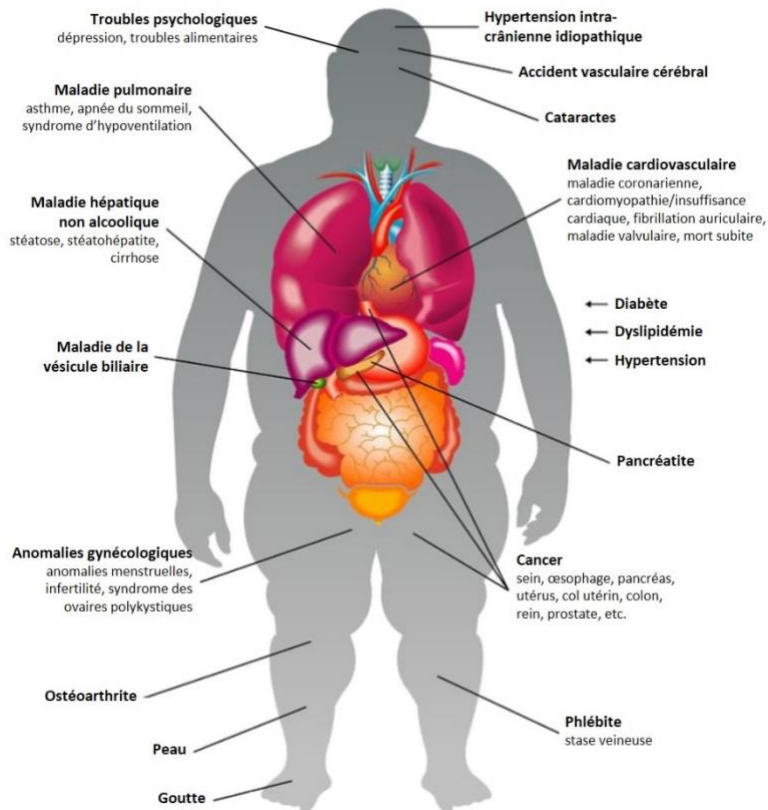
2.5 LES COMORBIDITÉS ET LES CONSÉQUENCES LIÉES À L'OBÉSITÉ

L'augmentation du poids chez un individu peut provoquer l'apparition et le développement de complications et de maladies secondaires, aussi nommées comorbidités. Ces comorbidités touchent pratiquement l'ensemble des organes et systèmes du corps. Par effet cumulatif, les comorbidités peuvent affecter plusieurs aspects de la vie de l'individu, dont la qualité et l'espérance de vie. Il a en effet été démontré dans une revue systématique récente que l'obésité est associée à une réduction de la qualité de vie, particulièrement pour les individus obèses de classe III [33]. Une étude de modélisation avait révélé en 2015 que l'obésité de classe I et l'obésité de classe II/III réduisaient respectivement l'espérance de vie d'environ 6 ans et 7 ans chez les individus âgés de 20 à 39 ans par rapport à des individus du même groupe d'âge sans obésité [34]. De la même manière, les modèles prédisaient une perte d'années de vie en bonne santé de 13 ans chez les individus obèses de classe I et de 19 ans chez ceux de classe II/III comparativement aux individus de poids normal [34]. Dernièrement, une étude multicohortes a appuyé ces données en montrant que l'obésité de classe I et l'obésité de classe II/III étaient respectivement associées à une réduction de 4 ans et de 8 ans du nombre d'années en bonne santé [35].

La relation causale entre l'obésité et plusieurs dizaines de maladies est supportée par des données scientifiques [36-38]. Ces maladies incluent notamment la dyslipidémie, l'hypertension, le syndrome métabolique, le diabète de type II, la maladie pulmonaire dont l'apnée du sommeil, la maladie cardiovasculaire comme l'insuffisance cardiaque, la dépression et certains cancers (figure 3). L'effet de l'obésité est toutefois différent selon les comorbidités. Par exemple, le risque de développer un cancer du sein ou des ovaires chez la femme, ou un cancer de la prostate est augmenté de presque 50 % chez un individu obèse par rapport à un individu de poids normal, celui de développer de l'hypertension

ou de l'asthme est augmenté de 50 % à 199 % et celui de développer une embolie pulmonaire ou un diabète de type II est augmenté de plus de 200 % [36, 39].

Figure 3. Les comorbidités de l'obésité.



Source : Adapté de Doheny [40]

Il ne faut pas négliger les conséquences de l'obésité sur les aspects affectifs et sociaux. Tous les jours, les individus obèses font face à de nombreux préjugés de la part de leur entourage, de leurs collègues et des professionnels de la santé, et doivent composer avec la discrimination. Ces attitudes et ces actions peuvent mener à des conséquences négatives pour l'individu obèse, incluant un sentiment de honte, une faible estime de soi et une insatisfaction corporelle. La stigmatisation de l'obésité est réelle et est de plus en plus reconnue en raison de l'implication négative qu'elle entraîne au niveau des comportements alimentaires, du taux de participation aux traitements, et des conséquences psychologiques [41, 42].

2.6 LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE L'OBÉSITÉ

Plusieurs études réalisées dans les dernières années ont démontré que l'obésité est majoritairement associée à une augmentation des dépenses médicales (coûts directs) et à une perte de productivité sur le marché du travail (coûts indirects), ce qui impose un important fardeau économique sur les systèmes de santé. Entre autres, il a été établi que les coûts annuels en santé pour les patients ayant un IMC de 40 kg/m² sont deux fois supérieur à ceux pour les patients ayant poids corporel idéal [43], avec un IMC autour de 20 kg/m².

Il a été estimé en 1997 que le coût direct total de l'obésité était de plus de 1,8 milliard de dollars, ce qui correspond à 2,4 % du total des dépenses des soins de santé au Canada [44]. Ces coûts incluaient les soins hospitaliers, les services

médicaux, les services d'autres professionnels de la santé, et des médicaments attribuables à l'obésité en lien avec dix comorbidités spécifiques, dont le diabète de type II, l'hypertension, l'embolie pulmonaire, la maladie coronarienne, et certains types de cancers. Cette étude présente toutefois des limites, incluant une définition plus large de l'obésité (IMC ≥ 27 kg/m²) et l'absence d'estimation des coûts indirects. En 2004, l'exercice a été repris en incluant des coûts indirects comme la valeur de la production économique perdue en raison d'une maladie, d'une invalidité liée au travail ou d'un décès prématuré [45]. Ainsi, les coûts attribuables à l'obésité se chiffraient à 4,3 milliards de dollars (en dollars de 2001), soit 2,2 % des dépenses totales en santé au pays. Puisque la prévalence de l'obésité a progressé dans le temps et que de nouvelles comorbidités ont été identifiées comme attribuables à l'obésité, une autre analyse économique des coûts directs et indirects a été publiée [36, 46]. En considérant dix-huit comorbidités, les coûts directs de l'obésité ont été chiffrés à 3,9 milliards de dollars et les coûts indirects, à 3,2 milliards de dollars. Ainsi, en 2006, c'est un peu moins de 4 % des dépenses totales en santé qui étaient attribuables à l'obésité.

Le fardeau économique de l'obésité au Québec a été évalué pour la première fois en 2016 [47, 48]. Cette analyse a considéré trois types de coûts directs, soient les jours d'hospitalisation, les consultations médicales et la consommation de médicaments, et un type de coût indirect, soit la perte de productivité due à une invalidité. Il a été observé que, chez les individus obèses par rapport aux individus de poids normal, le nombre de consultations médicales était supérieur de 13 %, le nombre de nuits d'hospitalisation étaient supérieur de 94 %, et le nombre de médicaments consommés était supérieur de 40 %. Cet excédent d'utilisation des services se chiffrait à 2,27 milliards de dollars en estimant la valeur monétaire à partir des dépenses encourues pour ces services de santé en 2011. Ce montant représente environ 10 % des dépenses totales en santé liées à ces trois postes budgétaires qui sont les plus importants dans le domaine de la santé. En termes de coûts indirects, une augmentation de 40 % du risque d'invalidité a été calculée en comparant les individus obèses aux individus de poids normal, ajoutant 630 millions de dollars au fardeau économique lié à l'obésité. Il est tout de même important de souligner que d'autres coûts associés à l'obésité comme la perte de productivité liée à l'absentéisme et à la mortalité précoce n'ont pas été inclus dans cette analyse, ce qui fait en sorte que les coûts observés dans cette analyse sont sous-estimés.

2.7 LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DE L'OBÉSITÉ ET LEUR EFFICACITÉ

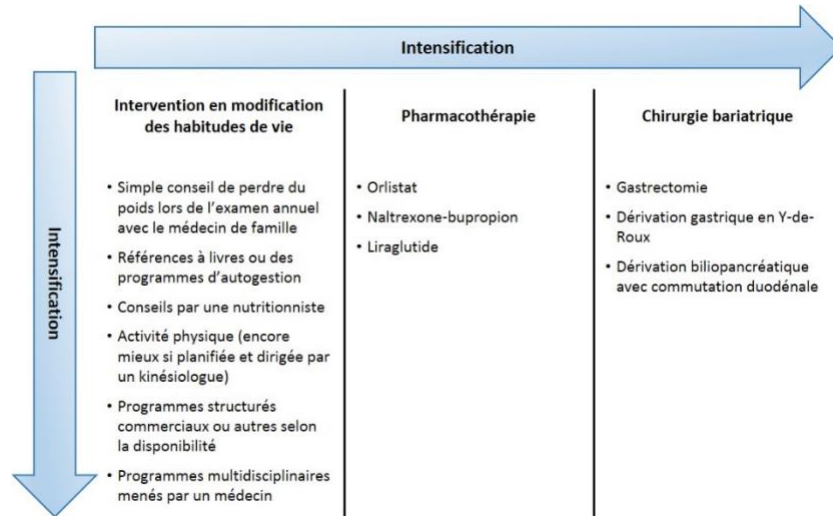
Les traitements de l'obésité reposent essentiellement sur une approche globale et multidisciplinaire axée sur le patient à l'aide d'une intervention en modification des habitudes de vie, incluant la thérapie cognitivocomportementale, la nutrition et l'activité physique, seule ou en combinaison avec de la pharmacothérapie. Bien que cette prise en charge puisse mener à une perte de poids, elle peut ne pas être suffisante dans les cas d'obésité sévère et morbide. Dans ce contexte, la chirurgie bariatrique peut réduire considérablement le poids et s'avère un traitement efficace par rapport aux traitements non-chirurgicaux [49].

Le choix du traitement préconisé varie en fonction de la sévérité de l'obésité, c'est-à-dire que la stratégie de la prise en charge est ajustée en fonction de la lourdeur et de la complexité de l'obésité de l'individu. Dans tous les cas, il est important de souligner que les traitements de l'obésité sont complémentaires [50, 51]. En effet, la pharmacothérapie est indiquée comme traitement auxiliaire à un programme de modification des habitudes de vie, et la chirurgie bariatrique doit être accompagnée d'une intervention en modification des habitudes de vie pour assurer son succès à long terme. Il existe également une gradation d'intensité à l'intérieur de chacun des traitements de l'obésité, passant du simple avis de perdre du poids par le médecin à un programme multidisciplinaire de perte de poids dans le cas d'une intervention en modifications des habitudes de vie, ou de la gastrectomie à la dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale dans le cas de la chirurgie bariatrique [52]. En utilisant cette approche à plusieurs niveaux (figure 4), le traitement de l'obésité s'inscrit dans un continuum où le niveau des interventions à prioriser repose sur une prise de décision partagée entre le médecin et l'utilisateur pour discuter des avantages et des risques de chacune des options.

2.7.1 L'intervention en modification des habitudes de vie

Un programme structuré d'intervention axée sur le mode de vie et conçu pour la perte de poids devrait inclure un volet nutritionnel, un volet en activité physique et une thérapie cognitivo-comportementale. Il a été démontré par des méta-analyses que les programmes qui offrent une combinaison de la nutrition et de l'activité physique permettent une perte de poids supérieure sur une période d'un an par rapport aux programmes qui offrent seulement la nutrition ou l'activité physique [53-56]. De la même manière, l'importance d'intégrer l'aspect psychologique a été évalué dans une méta-analyse qui a permis d'établir que les stratégies de traitement comportemental améliorent l'adhésion aux interventions en modification des habitudes de vie [57]. Considérant les multiples dimensions de ce type d'intervention, il est suggéré que le programme soit offert par une équipe multidisciplinaire incluant une infirmière, une nutritionniste, un spécialiste de l'activité physique comme un kinésiologue, et un psychologue [50, 58].

Figure 4. Approche à plusieurs niveaux d'intensification du traitement de l'obésité.

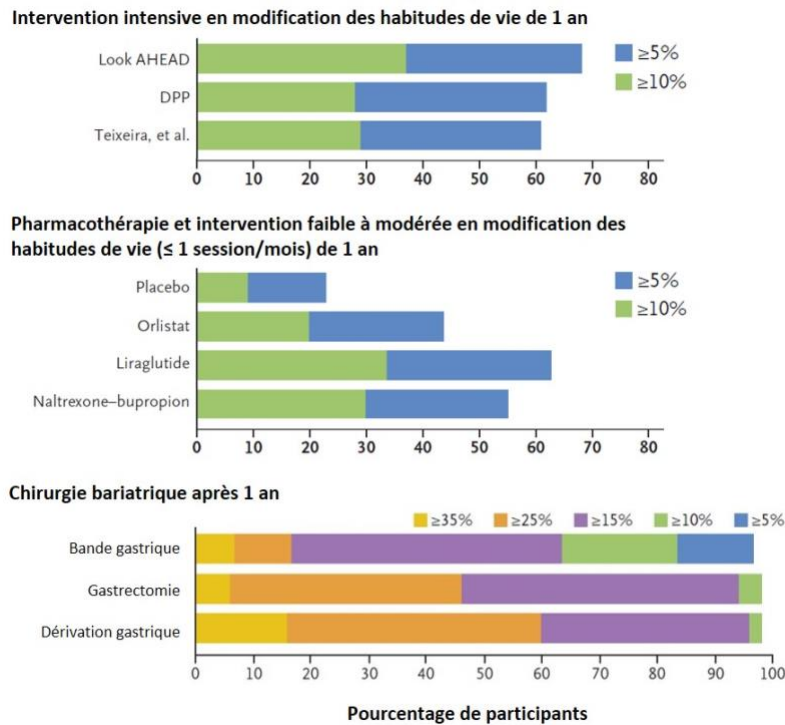


Source : Adapté avec permission de Kushner [52]

Il est documenté que les programmes structurés d'intervention intensive en modification des habitudes de vie d'une période d'un an entraînent une perte d'au moins 5 % du poids initial chez 60 à 70 % des individus impliqués (figure 5), et d'au moins 10 % chez 30 à 40 % des individus [59]. Il faut ici considérer qu'une perte de poids aussi modeste que 5 à 10 % apporte des bienfaits sur la santé métabolique comme une amélioration de la pression artérielle, du taux de cholestérol sanguin et de la glycémie [60, 61]. La clé du succès d'une intervention repose entre autres sur son niveau d'intensité [62], d'où la recommandation de fournir au moins 14 sessions individuelles ou en groupe aux patients impliqués dans la phase de perte de poids d'un programme de modification des habitudes de vie [63].

Le réel défi d'un programme de modification des habitudes de vie se trouve au-delà de la perte initiale du poids, et réside plutôt dans le maintien de cette perte de poids dans le temps. Des études révèlent que la perte de poids maximale est généralement atteinte dans les 6 mois après le début de l'intervention et qu'en absence d'un programme de maintien du poids, 50 % des patients retrouvent leur poids initial après 5 ans [64, 65]. Ces données soulèvent l'importance du support à long terme d'un programme de modification des habitudes de vie. Selon les recommandations, un tel programme devrait contenir à la fois une phase de perte de poids de 6 mois et une phase de maintien du poids d'au moins un an avec une fréquence au moins mensuelle de rendez-vous ou d'échanges téléphoniques [63]. Bien que les définitions varient, il est généralement accepté qu'une perte de poids de 5 à 10 % du poids initial pendant au moins un an représente un succès en termes de perte de poids à long terme [66]. Il est cependant bien évident que le succès du maintien d'une perte de poids devrait se définir sur une période beaucoup plus longue, voire toute une vie. Généralement, les programmes structurés de modification des habitudes de vie génèrent une perte de poids assez modeste à long terme (5 ans) de l'ordre de 1 à 5 % [67-69]. Cette perte de poids est souvent plus importante lorsque qu'il y a une participation active des patients et une bonne adhésion aux programmes d'intervention [70].

Figure 5. Efficacité des traitements de l'obésité.



Source : Adapté avec permission de Heymsfield et Wadden [59]

2.7.2 La pharmacothérapie

Généralement, les guides de pratique recommandent de considérer l'utilisation de la pharmacothérapie pour une perte de poids chez les individus en surpoids avec présence de comorbidités (≥ 27 kg/m²) et les individus obèses (≥ 30 kg/m²) chez qui une perte de poids importante résulterait en des effets bénéfiques sur la santé [4, 50, 63, 71]. Il est suggéré de considérer la pharmacothérapie dans une perspective de maintien de la perte de poids, plutôt que dans une optique de continuer à perdre du poids [71]. Ainsi, la médication intervient comme soutien complémentaire à la stratégie de gestion de poids et ne devrait jamais être utilisée comme seule option.

Une méta-analyse récente [72] a démontré qu'entre 45 et 65 % des individus bénéficiant de la pharmacothérapie pour traiter de l'obésité perdent au moins 5 % de leur poids initial et qu'entre 20 et 35 % des individus perdent au moins 10 % de leur poids initial sur une période d'un an (figure 5) [59]. Les études disponibles indiquent que les médicaments anti-obésité contribuent au maintien de la perte de poids à long terme (2 à 4 ans), puisque davantage d'individus sous cette médication conservent une perte de poids comparativement à ceux qui reçoivent un placebo ou une autre médication anti-obésité [68]. Ces données supportent l'idée d'utiliser la pharmacothérapie comme moyen complémentaire à un programme de modification des habitudes de vie pour limiter le regain de poids.

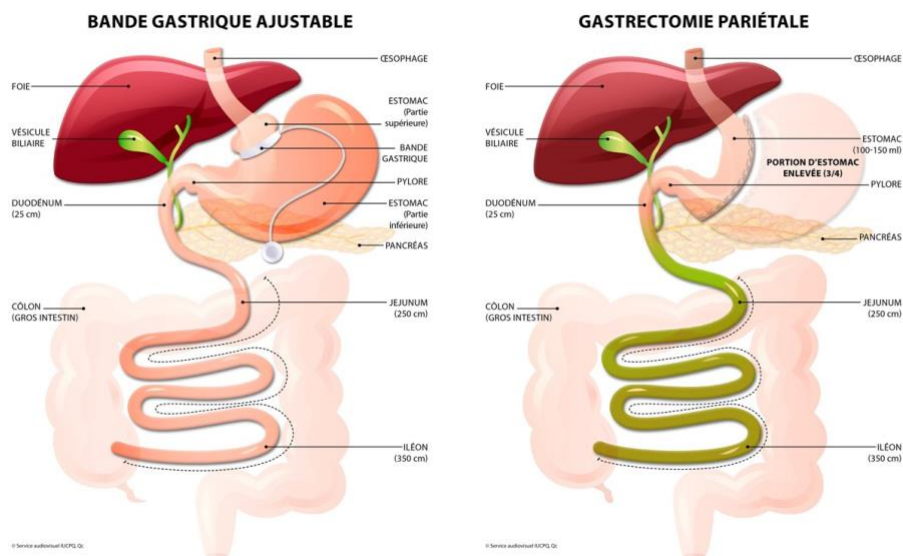
Les options de traitement pharmacologique pour l'obésité sont peu nombreuses au Canada. Seulement trois médicaments sont actuellement disponibles sous ordonnance [73] : le Xenical® (orlistat) approuvé en 1999, le Saxenda® (liraglutide) approuvé en août 2015, et le Contrave®, approuvé en mars 2018, lequel consiste en une combinaison de deux molécules actives, le naltrexone et le bupropion. L'approbation d'une autre molécule, le lorcasérine, est présentement sous révision par Santé Canada, et est déjà utilisée entre autres aux États-Unis. La plupart des guides de pratique suggèrent que le choix du médicament optimal pour la perte ou le maintien du poids devrait être basé sur son efficacité et ses effets secondaires, de même que sur la présence de complications liées au poids et aux antécédents médicaux de l'individu [50, 71, 74].

2.7.3 La chirurgie bariatrique

Les procédures de chirurgie bariatrique sont soit restrictives, soit hybrides par la combinaison de la restriction et de la malabsorption. L'approche restrictive consiste à limiter la quantité de nourriture consommée en réduisant la taille de l'estomac, alors que l'approche hybride consiste à limiter l'absorption des nutriments en court-circuitant des portions de l'intestin en plus de la réduction de la taille de l'estomac.

Les chirurgies restrictives (figure 6) incluent la bande gastrique ajustable et la gastrectomie pariétale. La bande gastrique ajustable est constituée d'un anneau gonflable qui est placé autour de la partie supérieure de l'estomac pour former une poche et d'une tubulure qui relie l'anneau à une capsule fixée sous la peau. Cette capsule permet d'ajuster le niveau de gonflement de l'anneau, contrôlant ainsi le calibre de l'ouverture entre la poche et l'estomac. Puisque l'anneau impose une contrainte au passage des aliments, leur transit est ralenti entre la partie supérieure et la partie inférieure de l'estomac, ce qui induit une sensation précoce de satiété. La gastrectomie pariétale consiste à retirer les trois quarts de l'estomac de manière à former un tube de la grosseur d'une banane. La résection est longitudinale à la grande courbure de l'estomac pour préserver l'innervation vagale responsable, entre autres, de la contraction de l'estomac et de la stimulation de la sécrétion gastrique. La taille approximative de l'estomac restant est d'environ 100-150 ml, soit une demi-tasse de nourriture à la fois, d'où l'atteinte d'une sensation de satiété précoce.

Figure 6. Chirurgies bariatriques restrictives.

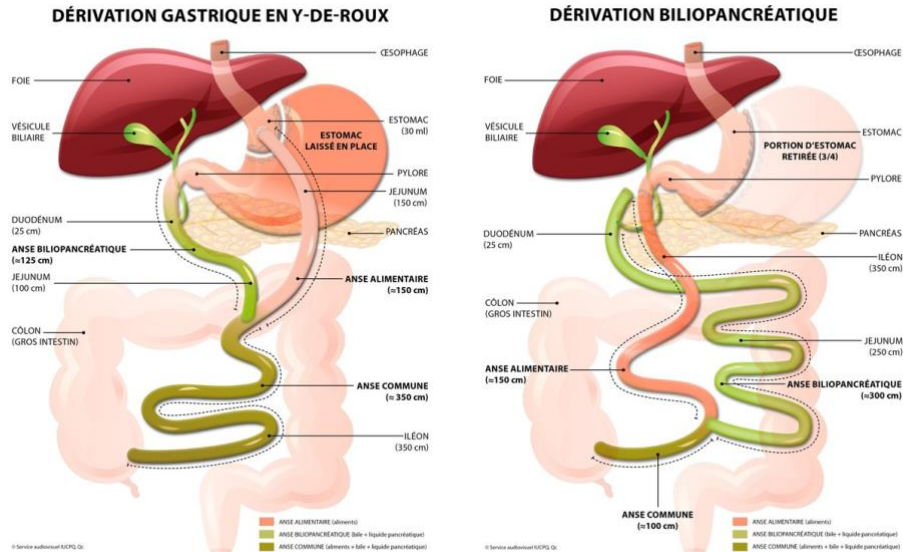


Source : Service audiovisuel de l'IUCPQ-UL

Les chirurgies hybrides combinant la restriction de l'apport alimentaire à la malabsorption des nutriments (figure 7) incluent la dérivation gastrique en Y-de-Roux et la dérivation biliopancréatique avec ou sans commutation duodénale. Dans la dérivation gastrique en Y-de-Roux, la restriction alimentaire provient de la réduction du réservoir gastrique pour former une petite poche d'une capacité d'environ 30 ml. L'intestin grêle, composé du duodénum, du jéjunum et de l'iléon, est par la suite sectionné au niveau du jéjunum. Le jéjunum libre est anastomosé à la petite poche gastrique, formant l'anse alimentaire qui permet à la nourriture de court-circuiter la digestion dans l'estomac et l'absorption dans le duodénum. La partie formée par le reste de l'estomac, le duodénum et une partie du jéjunum (anse biliopancréatique) est reliée au début de l'iléon pour permettre aux acides biliaires et aux enzymes pancréatiques de se mélanger au contenu provenant de l'anse alimentaire (anse commune). L'absorption se produit dans l'anse commune, dont la longueur est d'environ 300 cm. La dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale consiste d'abord en une gastrectomie pariétale. L'intestin grêle est par la suite sectionné en deux endroits, de façon à isoler le duodénum et le jéjunum (anse biliopancréatique). L'iléon est anastomosé à la sortie de l'estomac réduit (anse alimentaire). L'anse

biliopancréatique est reliée plus loin à l'iléon, laissant ainsi une anse commune d'environ 100 cm. La dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale génère donc une malabsorption plus importante que la dérivation gastrique en Y-de-Roux.

Figure 7. Chirurgies bariatriques hybrides.



Source : Service audiovisuel de l'IUCPQ-UL

Dans la littérature, aucun algorithme n'est disponible pour guider le choix de la procédure de chirurgie bariatrique qui est préférable pour un individu donné. Il n'existe pas non plus de consensus d'experts sur la procédure qui représente la meilleure option. Comme chacune des procédures de chirurgie bariatrique comporte des avantages et des inconvénients, le choix de la procédure dépend de plusieurs facteurs, incluant l'expertise et l'expérience du centre de chirurgie, mais aussi la santé générale de l'individu, ses facteurs de risque et ses comorbidités. La préférence de l'individu doit également être considérée, de même que sa volonté de se conformer et d'adhérer au plan de traitement, particulièrement dans le cas des chirurgies hybrides.

Depuis 2011, le nombre de gastrectomies pariétales réalisées dans le monde augmente de presque 10 % annuellement, tandis que la dérivation gastrique en Y-de-Roux et la bande gastrique ajustable diminuent respectivement de 5 et 2,5 %. En 2014, la chirurgie la plus pratiquée était la gastrectomie pariétale (46 %), suivie par la dérivation gastrique en Y-de-Roux (40 %) et de la bande gastrique ajustable (8 %). La proportion de chirurgies de dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale est demeurée relativement stable dans le temps, représentant environ 1 % des procédures de chirurgie bariatrique [75]. Toutefois, au Canada, la chirurgie bariatrique la plus pratiquée en 2013 était la dérivation gastrique en Y-de-Roux (53 %), suivi par la gastrectomie pariétale (28 %) et la bande gastrique ajustable (15 %) [76].

Parmi l'offre thérapeutique en obésité, la chirurgie bariatrique est sans aucun doute le traitement le plus efficace avec près de 100 % des patients qui perdent au moins 5 %, voire 10 %, de leur poids initial sur une période d'un an (figure 5) [59]. En réalité, pendant la première année, les chirurgies restrictives entraînent une perte moyenne de 25 % du poids, alors que les chirurgies hybrides induisent une perte de poids de l'ordre de 25 à 50 % [77, 78]. La chirurgie bariatrique est également le traitement qui assure la perte de poids la plus durable dans le temps, avec en moyenne de 20 % de perte de poids pour les chirurgies restrictives et de 25 à 40 % de perte de poids pour les chirurgies hybrides sur un horizon de plus de 5 ans [77, 79, 80]. Bien qu'une association entre le type de chirurgie bariatrique et la perte de poids à long terme ait été mise en évidence [81], des études soulignent que le facteur le plus important est le suivi à long terme par une équipe multidisciplinaire après une chirurgie bariatrique, particulièrement sur les plans nutritionnel et

psychologique, pour aider les individus à maintenir une attitude positive et à faire face aux nouveaux défis liés au maintien de cette perte de poids [64, 82-84].

Contrairement aux programmes de modification des habitudes de vie et à la pharmacothérapie, la chirurgie bariatrique permet la rémission des comorbidités associées à l'obésité [85]. Plusieurs méta-analyses et analyses de registre ont entre autres mis en évidence une rémission de 65 % du diabète de type II [86-88], de 55 % de l'hypertension [89], et une normalisation du bilan lipidique chez près de 50 % des usagers [90]. D'autres études suggèrent également que la chirurgie bariatrique réduit la mortalité, toutes causes confondues [91-93]. Dans l'ensemble, il peut être observé que les effets de la chirurgie bariatrique sont plus importants que ceux résultant des autres stratégies, autant en termes de perte de poids qu'en amélioration des comorbidités, facilitant du même coup le maintien de ces avantages dans une perspective à long terme. Cependant, il faut encore ici souligner la complémentarité des autres stratégies, c'est-à-dire des programmes de modification des habitudes de vie et la pharmacothérapie, pour favoriser l'atteinte de résultats optimaux dans la gestion du poids de l'utilisateur.

2.7.4 Le rapport coût-efficacité des approches thérapeutiques de l'obésité

Récemment, Avenell et collègues [94] ont produit un rapport d'ETMIS portant sur la faisabilité, l'acceptabilité, l'efficacité clinique et le rapport coût-efficacité des différentes approches thérapeutiques de l'obésité, particulièrement de l'obésité sévère définie par un IMC ≥ 35 kg/m². Les auteurs de cette revue systématique ont conclu que les programmes de gestion de poids par rapport aux soins habituels ou à l'absence d'intervention sont coût-efficaces, particulièrement les interventions intensives qui incluent la nutrition, l'activité physique et la prise en charge psychologique [94]. L'analyse de l'efficacité et du rapport coût-efficacité des interventions en modification des habitudes de vie a été déterminée à partir d'essais contrôlés randomisés et d'études observationnelles qui sont réalisées dans des contextes particuliers et spécifiques avec une population comportant des caractéristiques et des facteurs de risques homogènes. Or, la plupart du temps, ces interventions ne peuvent pas être déployées à grande échelle (*scaling-up*) sans une adaptation aux caractéristiques de l'ensemble de la population. En effet, l'efficacité des programmes de modification des habitudes de vie est réduite de plus de 25 % lors d'une évaluation à grande échelle [95], ce qui influence le rapport coût-efficacité au niveau populationnel.

Selon Avenell et collègues, le rapport coût-efficacité de la médication, principalement l'orlistat, est difficile à évaluer puisque la pharmacothérapie est rarement, voire jamais, employée seule. Le rapport coût-efficacité de l'orlistat est donc encore plus incertain lorsque son utilisation est comparée à un programme plus intensif de gestion de poids [94]. Récemment, une autre revue systématique des études coût-efficacité des interventions non-chirurgicales de l'obésité a été publiée. Il a été conclu que la pharmacothérapie entraîne une perte substantielle de poids, mais qu'une réduction significative du prix des médicaments serait nécessaire pour que ce traitement devienne coût-efficace par rapport au programme commercial de gestion de poids Weight Watchers [96].

Les données probantes suggèrent que les procédures de chirurgie bariatrique (bande gastrique ajustable, gastrectomie pariétale, dérivation gastrique en Y-de-Roux) sont coût-efficaces lorsque comparées aux soins habituels ou à l'approche passive, qui consiste à ne rien faire. La dérivation gastrique en Y-de-Roux serait le type de chirurgie le plus coût-efficace par rapport à la gastrectomie pariétale et à la bande gastrique ajustable. Lorsque l'analyse tient compte des catégories d'obésité, la dérivation gastrique en Y-de-Roux serait le choix optimal en termes de coût-efficacité pour les individus avec un IMC supérieur à 40 kg/m², alors que la bande gastrique ajustable serait l'option la plus coût-efficace pour les individus avec un IMC initial entre 35 et 39,9 kg/m² [97].

2.7.5 Les défis de la prise en charge de l'obésité

Malgré la disponibilité des différents traitements de l'obésité, sa prise en charge demeure un défi pour tous les médecins et les professionnels œuvrant dans les systèmes de santé.

De nombreux guides de pratique sur la prise en charge de l'obésité par les soins primaires supportent le rôle des

médecins omnipraticiens ou des professionnels de première ligne dans le dépistage et le diagnostic de l'obésité, dans l'offre de conseils en lien avec la perte de poids et dans la référence des patients vers des interventions comportementales plus structurées ou la chirurgie bariatrique [98]. Alors que l'IMC serait calculé par 85 % des médecins, moins de 15 % d'entre eux discuteraient de ce résultat avec l'utilisateur lors de l'examen annuel [99]. Des études réalisées à partir de dossiers électroniques de cliniques médicales américaines révèlent qu'environ 50 % des usagers répondent au critère d'obésité définie par un IMC ≥ 30 kg/m², mais que ces dossiers incluraient un diagnostic d'obésité dans seulement 6 à 48 % des cas [100-102]. Une autre étude a montré que bien que 71 % des individus obèses mentionnent avoir discuté de leur poids avec un médecin dans les 5 dernières années, seulement 55 % ont reçu un diagnostic d'obésité [103]. Dans un contexte où la moitié des individus obèses se considèrent en surpoids [103], l'absence de diagnostic d'obésité et le manque de dialogues sur la gestion du poids représentent des barrières majeures à l'initiation d'un traitement chez des individus qui pourraient en bénéficier. De façon générale, les raisons invoquées pour cette absence d'échanges sont le manque de temps, de ressources et de formation, plus particulièrement au niveau des stratégies pour soutenir une intervention en modification des habitudes de vie [103, 104].

De façon générale, il semble que la pharmacothérapie comme traitement de l'obésité soit une option sous-utilisée. En effet, selon une étude sur dossiers électroniques menée auprès de cliniques américaines de première ligne, la pharmacothérapie pour la perte de poids est utilisée chez moins de 1 % des individus obèses admissibles à ce type de traitement [105]. De plus, dans des enquêtes menées auprès de différents professionnels de la santé, principalement des médecins de première ligne, il a été démontré que plus de 30 % d'entre eux indiquent ne jamais prescrire de médicaments pour la perte de poids [99, 106]. Ces résultats pourraient être expliqués par le fait que seulement 30 % des professionnels de la santé estiment que la médication dans le traitement de l'obésité est efficace [99]. De plus, au Québec et au Canada, le remboursement des médicaments pour la perte de poids n'est pas couvert par un régime public d'assurances, ni par une vaste majorité des régimes privés d'assurances [25], ce qui constitue une barrière importante à l'initiation et à l'adhérence à ce traitement.

Au Canada, il a été estimé que la chirurgie bariatrique est disponible pour un seul adulte vivant avec une obésité sévère sur 183, ce qui représente 0,5 % de la population obèse de classe II et III. Il y a une inégalité dans l'accès à la chirurgie bariatrique dans les diverses provinces, le Québec étant la province offrant la plus grande accessibilité avec un peu plus de 1 % de la population obèse ayant accès à la chirurgie bariatrique [25, 107, 108]. Dans une étude réalisée au Royaume-Uni, il a été évalué que l'augmentation de l'accès à la chirurgie bariatrique constituerait un choix justifiable pour les systèmes de santé qui sont financés par des fonds publics, puisque les bénéfices pour la santé des individus obèses dépassent l'accroissement des coûts des soins de santé [109]. Plusieurs études ont souligné le fait que la chirurgie bariatrique est perçue par les médecins omnipraticiens et spécialistes comme le traitement le plus efficace de l'obésité [99, 110, 111], mais qu'ils réfèrent en général moins de 30 % de leurs patients à ce type de traitement [110, 112]. Le manque de formation sur les risques de la chirurgie bariatrique et sur la prise en charge de l'utilisateur après son opération demeure la principale barrière à la référence d'un individu obèse en chirurgie bariatrique [111, 113-115].

Bien que le rapport coût-efficacité des différentes approches thérapeutiques de l'obésité soit bien supporté dans l'ensemble, il demeure important de souligner que seulement une minorité des individus obèses reçoit actuellement un traitement. De plus, même si les stratégies de traitements de l'obésité génèrent une perte de poids qui se maintient dans le temps, la plupart des individus obèses n'atteignent pas la catégorie de poids normal, mais demeurent plutôt en surpoids ou obèses. Ainsi, les principaux défis du traitement de l'obésité sont l'accessibilité aux différents traitements de l'obésité et le choix du traitement selon ce qui est préférable pour l'individu obèse, la prise en charge de l'individu obèse sur l'ensemble de sa trajectoire de soins, et le suivi à long terme, particulièrement après une chirurgie bariatrique.

3. MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTÉ EN OBÉSITÉ

Les recommandations des guides de pratique clinique supportant la prise en charge de l'obésité peuvent être mises en relation avec les modèles d'organisation adoptés par plusieurs pays industrialisés dont la structure et le financement des systèmes de santé sont similaires à celui du Québec.

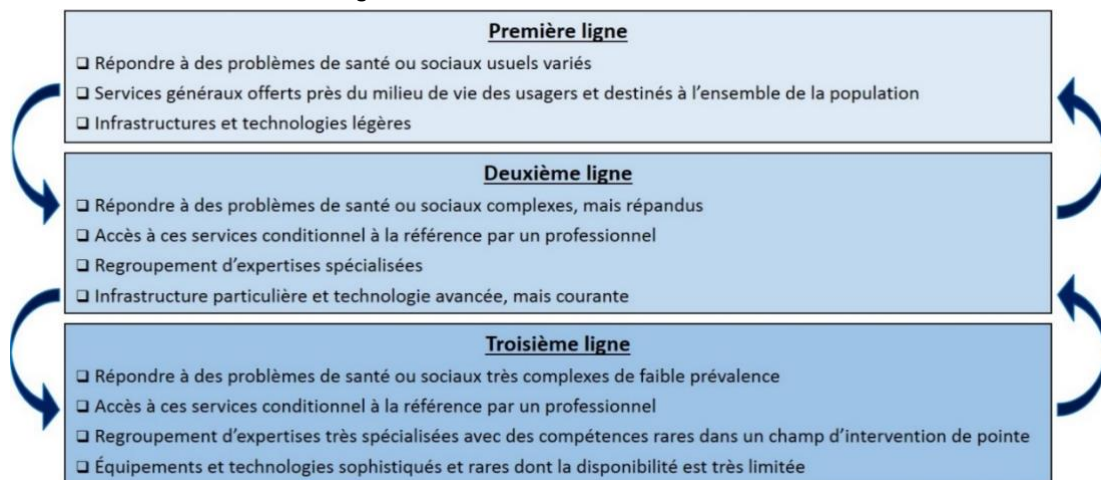
3.1 DÉFINITIONS DES TERMES ET CONCEPTS

Dans un contexte d'organisation des soins et des services, des terminologies comme les niveaux d'accès aux services et les niveaux de prévention de la maladie sont couramment utilisées. Il convient donc pour ces termes de proposer une définition uniforme qui se retrouve dans les sections suivantes.

3.1.1 Les niveaux d'accès aux services

Dans de nombreux pays comme le Royaume-Uni, la France, l'Australie, les États-Unis et le Canada, le modèle d'organisation des services s'articule autour de trois niveaux d'accès aux services et aux ressources [116]. Ces niveaux d'accès font référence aux services de première, deuxième et troisième lignes qui répondent chacun à une clientèle spécifique et à des besoins distincts (figure 8).

Figure 8. Niveaux d'accès aux services.



Source : MSSS [117]

Les services de première ligne répondent à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux usuels et variés. Ils sont généralement offerts près du milieu de vie des usagers afin d'en rendre l'accessibilité universelle. Dans ce contexte, les compétences professionnelles des intervenants sont générales et diversifiées, et les infrastructures et les technologies sont légères. Les soins de première ligne sont ainsi à la base du système de soins de santé. Plusieurs études ont démontré les bénéfices d'une première ligne performante, notamment une meilleure santé de la population lorsqu'elle est desservie par un nombre suffisant de médecins omnipraticiens dans une région donnée [118], et une moins grande consommation de soins médicaux totaux lorsque l'accessibilité aux soins de première ligne est augmentée [119]. Au Québec, l'organisation des services de première ligne est centrée autour des médecins omnipraticiens selon le modèle des groupes de médecine de famille. Des modèles alternatifs de cliniques où les services sont assurés par des infirmières ou d'autres professionnels de la santé ont déjà fait leurs preuves, mais leur présence est encore limitée dans le contexte québécois.

Les services de deuxième ligne répondent à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux complexes, mais répandus. En raison de cette complexité, les intervenants possèdent une expertise spécialisée qui est uniquement disponible avec la référence d'un professionnel. Ces services nécessitent une infrastructure particulière et une technologie avancée, mais courante. Les services de troisième ligne répondent à des problèmes de santé ou à des problèmes sociaux très complexes de faible prévalence. Accessibles seulement par la référence d'un professionnel, ces services nécessitent une expertise professionnelle très spécialisée dans un champ d'intervention de pointe, de même que des équipements et des technologies sophistiqués dont la disponibilité est très limitée. Au Québec, les services de deuxième et de troisième lignes sont principalement assurés par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Le MSSS du Québec, qui effectue actuellement des travaux portant sur les définitions communes de concepts liés aux trajectoires de soins et services, propose de définir la hiérarchisation (flèches bleues dans la figure 8) comme suit :

« Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne, mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence, mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. [L'établissement] a donc l'obligation de recommander les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus. » [120]

Ainsi, par hiérarchisation, on entend complémentarité entre les niveaux d'accès aux services pour assurer une cohérence entre les soins et services reçus par l'utilisateur. Des mécanismes de référence bidirectionnels sont utilisés entre les intervenants des différents niveaux d'accès aux services, de manière à assurer l'escalade des services de la première à la deuxième et à la troisième ligne, mais également la cascade, de la troisième ligne vers la deuxième, puis vers la première ligne.

3.1.2 Les niveaux de prévention de la maladie

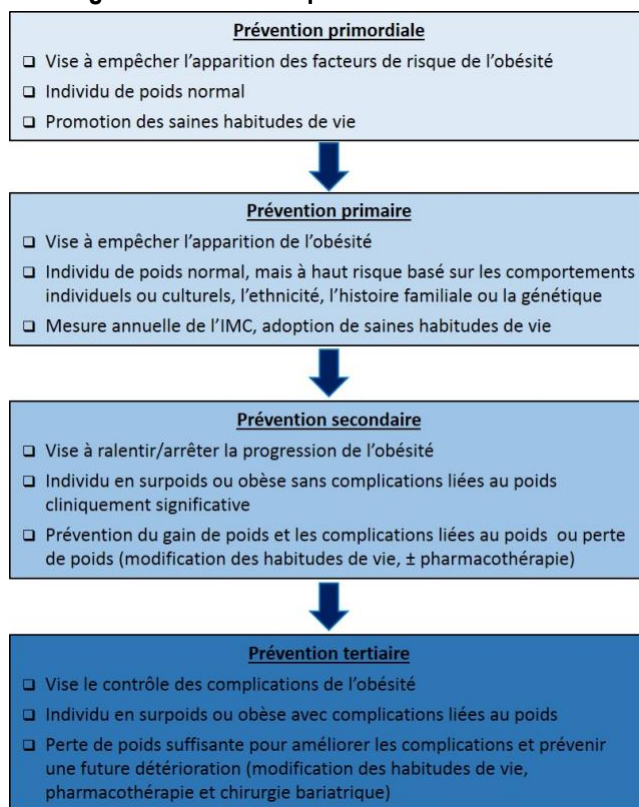
L'OMS définit la prévention comme l'ensemble des mesures qui visent à empêcher l'apparition de la maladie, mais également à en arrêter l'évolution et à en réduire les conséquences [121]. Des niveaux de prévention qui correspondent à des états successifs de la maladie ont donc été proposés (figure 9). Si l'obésité était considérée comme une maladie, les niveaux de prévention se traduiraient en niveaux primaire, secondaire et tertiaire [50].

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition de l'obésité. Elle concerne les individus de poids normal, mais qui présentent un haut risque de développer de l'obésité basé sur leurs comportements individuels ou culturels, leur ethnicité, leur histoire familiale et leur génétique. Chez ces individus, l'intervention consiste à mesurer annuellement leur IMC et leur circonférence de taille et à les aider à adopter des saines habitudes de vie.

La prévention secondaire vise à ralentir, voire à arrêter, la progression de l'obésité. Elle s'adresse aux individus en surpoids ou obèses qui ne présentent pas de complications cliniquement significatives liées à leur poids. L'approche thérapeutique favorisée vise la prévention d'un gain de poids et idéalement, la perte de poids via une intervention en modification des habitudes de vie, avec ou sans pharmacothérapie.

La prévention tertiaire vise le contrôle des complications liées à l'obésité. Elle concerne les individus en surpoids ou obèses avec des complications liées à leur poids. Chez cette population, l'approche thérapeutique consiste à atteindre une perte de poids suffisante pour réduire les complications et prévenir une future détérioration en utilisant une intervention en modification des habitudes de vie, la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique.

Figure 9. Niveaux de prévention de la maladie.



Source : Garvey et collègues [50], et Lloyd-Jones et collègues [122]

En 1978, Strasser a été le premier à proposer le concept de prévention primordiale [123]. En amont de la prévention primaire, la prévention primordiale vise à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie pour empêcher l'apparition des facteurs de risque de l'obésité chez les individus de poids normal. L'*American Heart Association* (AHA) a par la suite défini le concept de santé cardiovasculaire idéale sur la base de critères portant à la fois sur des comportements idéaux (ne pas fumer, ne pas avoir d'obésité abdominale, être actif 150 minutes par semaine et avoir une alimentation de bonne qualité) et sur des facteurs biologiques favorables (tension artérielle, glycémie et taux de cholestérol sanguins normaux) [122]. Les individus qui répondent à au moins cinq de ces sept critères présentent une réduction de 78 % de mortalité de toute cause par rapport aux individus qui ne répondent à aucun de ces critères [124]. Cependant, les études démontrent que moins de 20 % de la population américaine correspond à ce groupe d'individus [125].

Malgré la progression du niveau de prévention avec la sévérité et la complexité de l'obésité, il demeure que les traitements en obésité sont essentiellement complémentaires. En effet, même si la prévention tertiaire implique généralement le recours à l'intervention tertiaire qu'est la chirurgie bariatrique, l'interrelation des approches thérapeutiques, notamment les interventions en modification des habitudes de vie offertes en prévention secondaire, doit être considérée pour maximiser le succès d'une chirurgie bariatrique. Ainsi, tous les niveaux de prévention peuvent être offerts dans chacun des niveaux d'accès aux services selon la clientèle à traiter. Par exemple, un centre de première ligne pourrait proposer à un usager qui a subi une chirurgie bariatrique de participer à un programme d'intervention en modification des habitudes de vie pour le maintien de son poids, ce qui constitue de la prévention tertiaire dans un niveau d'accès aux services de première ligne.

3.2 LES MODELES D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE EN LIEN AVEC LES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE

La présente section présente les modèles d'organisation des soins de santé adoptés par des pays et des provinces dont la structure et le financement du système de santé sont similaires à ceux du Québec. Dans une section ultérieure (section 5.3), une revue des recommandations des guides de pratique servira à proposer une trajectoire de soins et de services entre les niveaux d'accès aux services pour le territoire du RUISSS UL.

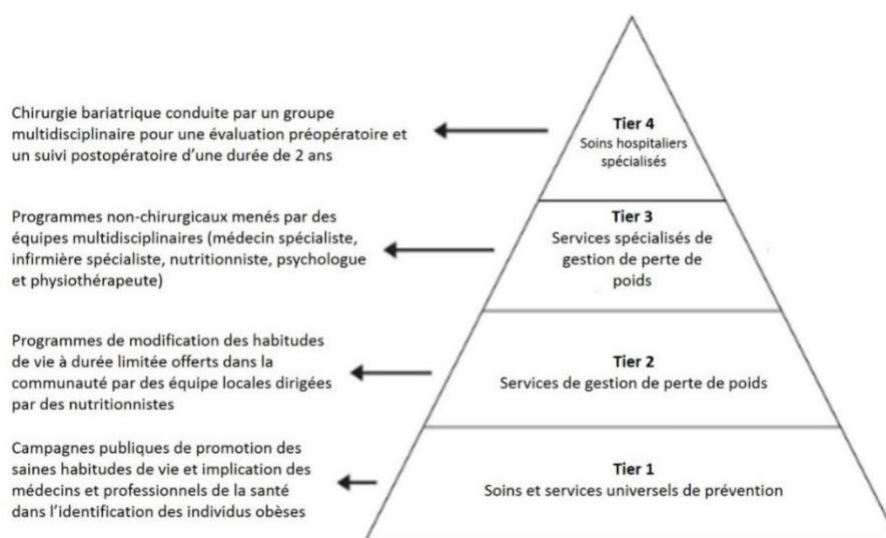
3.2.1 Le Royaume-Uni

Dans le Royaume-Uni, composé de l'Angleterre, de l'Écosse, du Pays de Galles et de l'Irlande du Nord, les prestations de soins de santé sont fournies par la *National Health Service* (NHS). Il s'agit d'un réseau de santé public accessible à tous (couverture universelle). Il est principalement financé par les impôts publics, mais des frais ont été introduits pour certains aspects des soins de santé comme les soins dentaires et les soins ophtalmologiques [126].

Au Royaume-Uni, deux grands organismes sont responsables entre autres d'élaborer et de diffuser des directives cliniques nationales fondées sur les données probantes, soient le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) en Angleterre et le *Scottish Intercollegiate Guideline Network* (SIGN) en Écosse. Des ententes entre le NICE et les autres nations du Royaume-Uni ont été mises en place pour fournir des produits et des services visant l'amélioration des soins de santé et des services sociaux. Les recommandations du NICE et du SIGN influencent donc les soins de santé délivrés dans l'ensemble du Royaume-Uni.

Initialement, le guide de pratique clinique produit par le NICE proposait trois niveaux d'intervention dans son modèle de prise en charge de l'obésité [71]. Revu en 2009, le modèle est désormais défini par quatre niveaux d'intervention (figure 10) [126]. Le niveau 1 comprend les interventions comportementales universelles qui visent la prévention et le renforcement des stratégies de communication pour promouvoir une saine alimentation et l'activité physique par le biais de campagnes de santé publique au niveau national, mais aussi par l'implication des médecins omnipraticiens et des professionnels de la santé en soins primaires dans l'identification des individus obèses. Cette identification permet de fournir des conseils aux individus obèses et de les diriger vers des services locaux de gestion du poids. Le niveau 2 regroupe les programmes de modification des habitudes de vie qui ont une durée limitée dans le temps. Ces soins primaires de gestion de poids sont fournis dans la communauté par des équipes locales dirigées, par exemple, par des nutritionnistes. Généralement sous la forme d'ateliers en groupe, ces équipes offrent des conseils sur la nutrition, les régimes alimentaires, les habitudes de vie et les changements comportementaux aux individus obèses qui ne présentent pas de complications liées à leur poids. Les services du niveau 3 sont les programmes non-chirurgicaux spécialisés en gestion de poids menés par une équipe multidisciplinaire constituée d'un médecin bariatrique, d'une infirmière, d'une nutritionniste, d'un psychologue et d'un physiothérapeute. Ces soins secondaires sont accessibles aux individus avec des IMC élevés, mais aussi à ceux qui échouent à atteindre leur cible thérapeutique de perte de poids dans les services du niveau 2. Les services offerts regroupent l'investigation des comorbidités (si cela n'a pas déjà été fait plus tôt dans le parcours de soins), la revue de la médication actuelle pouvant causer un gain de poids, la pharmacothérapie et des régimes très faibles en calories. Lorsqu'un individu obèse est considéré médicalement et psychologiquement prêt pour une chirurgie bariatrique, le niveau 3 peut être responsable de l'essentiel de la phase préopératoire, soit l'éducation et la préparation de l'individu. Le niveau 4 représente les soins tertiaires offerts par une équipe multidisciplinaire, lesquels incluent les services liés à la chirurgie bariatrique, soit l'évaluation préopératoire, la chirurgie elle-même et le soutien postopératoire pour une période allant jusqu'à 2 ans. Lorsque le suivi postopératoire est complété, l'individu est redirigé vers son médecin omnipraticien. Même si les rôles et responsabilités des niveaux d'intervention 1 à 4 sont bien développés sur le plan conceptuel, il demeure certaines zones grises sur le terrain, particulièrement entre les niveaux 3 et 4. L'offre de services des quatre niveaux d'intervention se base essentiellement sur les recommandations produites par le NICE [71] et par le SIGN [74] pour les différentes approches thérapeutiques de l'obésité.

Figure 10. Traitement de l'obésité par le système de santé au Royaume-Uni.



Source : Adapté avec permission de Capehorn et collègues [126]

Au-delà de cette organisation des services, le NICE [71] recommande à l'ensemble des médecins et des professionnels de la santé d'utiliser leur jugement clinique pour décider du moment opportun d'évaluer le poids (l'obésité) d'un individu. Dans ce contexte, tous les niveaux d'accès aux services (primaires, secondaires et tertiaires) se trouvent impliqués dans le dépistage et le diagnostic de l'obésité, ce qui maximise les chances que l'obésité d'un individu soit prise en charge. Par ailleurs, comme les interventions en modification des habitudes de vie sont constituées de plusieurs composantes (nutrition, activité physique et aspect psychologique), le NICE et le SIGN recommandent que tous les médecins et les professionnels de la santé qui dispensent ces interventions possèdent les compétences requises et une formation spécifique [71, 74]. Offert dans les services du niveau 3, il est proposé par le NICE que le traitement pharmacologique soit poursuivi par le médecin omnipraticien dédié aux soins primaires en présence d'un protocole de soins partagés [71]. Par ailleurs, si les critères de référence en chirurgie bariatrique font consensus entre le NICE et le SIGN [71, 74], le SIGN mentionne qu'il n'y a aucune donnée probante par rapport au moment où un individu obèse doit être référé des soins primaires vers des soins secondaires ou tertiaires de gestion de poids [74].

3.2.2 La France

Le système de santé en France est universel et financé principalement par la sécurité sociale, soit l'assurance-maladie publique obligatoire, mais aussi en partie par les organismes privés d'assurance santé complémentaires [127].

La Haute Autorité de Santé (HAS) est un organisme public indépendant à caractère scientifique dont l'une des missions consiste à produire des recommandations sur les bonnes pratiques des professionnels de la santé. Cet organisme a publié en 2009 des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte [128], puis en 2011, des lignes directrices pour la prise en charge de premier recours chez les individus obèses [129]. L'une des premières recommandations de la HAS est de repérer systématiquement, dès la première consultation, puis de façon continue, l'obésité chez les individus qui consultent en médecine générale [129]. Cette ligne directrice s'inscrit dans le « plan obésité » [130] développé par la France où le premier recours est assuré par le médecin traitant qui est responsable du dépistage des individus à risque, de la production d'un bilan de santé, de la prise en charge des individus présentant une obésité, et du suivi et de la cohérence des soins reçus par les individus. Parmi ses conseils généraux, la HAS indique que le médecin traitant peut faire appel à d'autres professionnels (nutritionniste, psychologue, spécialiste en activité physique, etc.) lorsque les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints au bout de 6 mois à un an malgré la prise en charge de l'obésité [129]. Ceci se traduit dans le plan obésité par le recours au second niveau de soins offerts en ambulatoire par des médecins spécialistes ou des professionnels de la santé spécialisés, et en milieu

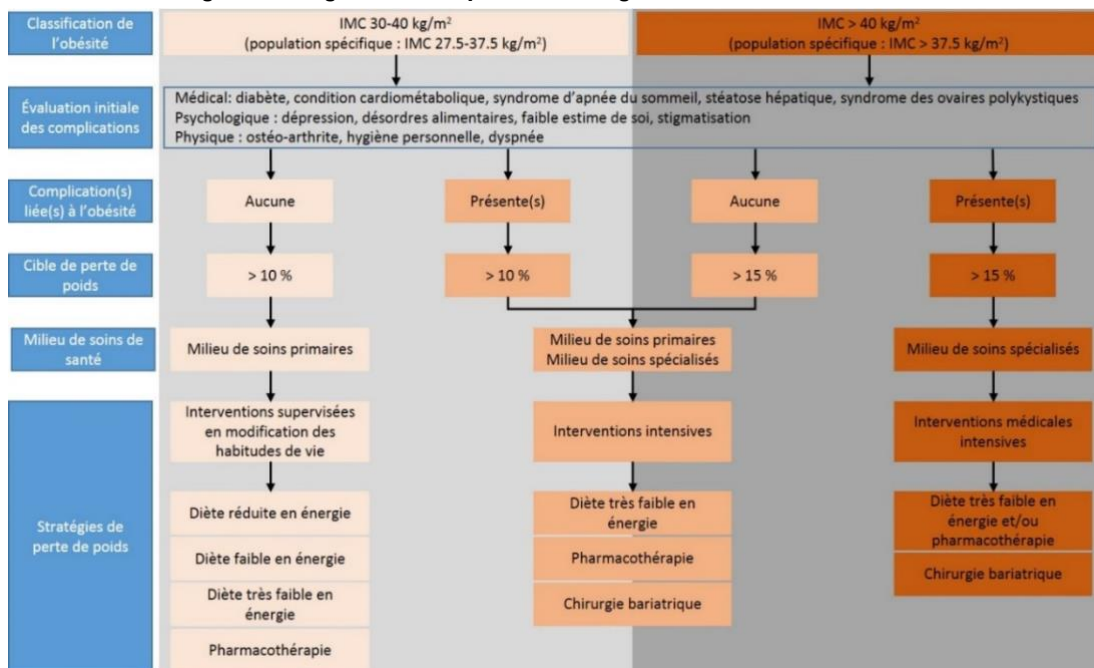
hospitalier par les établissements de santé publics et privés qui assurent une prise en charge médicale ou chirurgicale de l'obésité, incluant l'obésité sévère. La HAS recommande que la prise en charge des individus obèses en vue d'une chirurgie bariatrique soit réalisée au sein d'équipes pluridisciplinaires en liaison avec le médecin traitant [128]. Bien que le second recours puisse réaliser des chirurgies bariatriques, la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère est réservée aux centres spécialisés (troisième recours) qui disposent de l'expertise et des équipements adaptés requis pour l'accueil des cas les plus complexes d'un point de vue médical et chirurgical. Par ailleurs, les centres spécialisés ont une mission d'organisation des soins au niveau de leur région respective par la création d'une coordination entre les différents intervenants impliqués dans la prise en charge de l'obésité, et par la mise en œuvre d'actions visant la diffusion des compétences, la formation des intervenants-clés et la standardisation de protocoles organisationnels.

3.2.3 L'Australie

L'ensemble de la population australienne est couvert par un système de santé universel, national et public, le *Medicare*, qui permet de réduire les frais médicaux individuels, notamment les consultations avec un médecin, les frais d'hospitalisation et les chirurgies prescrites par un médecin [131]. Un individu peut également se tourner vers un établissement privé pour obtenir un traitement moyennant des coûts qui peuvent être couverts par la souscription à un régime privé d'assurances.

Le guide de pratique clinique en vigueur en Australie a été développé par le *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) qui émet des recommandations sur la base des données probantes [132]. Sur la vingtaine de recommandations présentées dans ce guide, le quart des lignes directrices est basé sur les guides de pratique développés par le NICE et le SIGN, mais adapté au contexte australien sans modification du niveau de preuve établi à l'origine. La *Australian and New Zealand Obesity Society* (ANZOS), en association avec d'autres sociétés médicales, a développé un algorithme pour la prise en charge de l'obésité [131] avec pour objectif de fournir un outil clinique pratique guidant la mise en œuvre des recommandations du traitement de l'obésité (figure 11).

Figure 11. Algorithme de prise en charge de l'obésité en Australie.



Source : Adapté de ANZOS [133]

Dans cet algorithme, les médecins et les professionnels de la santé en soins primaires sont les mieux placés pour gérer les soins aux individus ayant un IMC de 30 à 40 kg/m² sans complications liées à leur poids. Cette prise en charge

nécessite une approche personnalisée, avec une surveillance régulière et l'application de diverses stratégies de perte de poids, qui s'intensifient avec le temps si les objectifs thérapeutiques de perte de poids et de santé ne sont pas atteints. Le développement de cet algorithme avait entre autres pour but d'assister les médecins omnipraticiens dans leur prise de décision quant à l'option thérapeutique à envisager chez les adultes obèses. Le partage des soins entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes (soins secondaires ou tertiaires selon l'approche thérapeutique favorisée) doit être envisagé pour les individus ayant un IMC de 30 à 40 kg/m² avec des complications liées à leur poids ou pour ceux dont l'IMC est supérieur à 40 kg/m² en absence de complications. Finalement, les individus ayant un IMC supérieur à 40 kg/m² en présence de complications liés à leur poids doivent d'emblée être orientés vers des soins spécialisés (secondaires ou tertiaires selon l'approche thérapeutique envisagée). La distinction entre les soins secondaires et tertiaires par rapport à l'offre de traitements selon le niveau d'accès aux services n'est toutefois pas bien établie.

3.2.4 Les États-Unis

Aux États-Unis, le système de santé est principalement financé par l'assurance privée, car il n'existe aucun régime général d'assurance-maladie. Les États-Unis sont d'ailleurs le seul pays industrialisé à ne pas posséder un système de santé universel [134]. Il existe cependant des programmes publics d'assurance santé, le *Medicare* et le *Medicaid*, qui sont destinés à certaines catégories de personnes, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus, et les individus ou familles possédant de faibles revenus.

Les CDC constituent la principale agence fédérale des États-Unis en matière de protection de la santé publique. Cet organisme n'a cependant publié aucun guide de pratique en lien avec la prise en charge de l'obésité. Les médecins américains impliqués dans le traitement de l'obésité se réfèrent généralement à deux guides de pratique clinique, celui produit par l'AHA, l'*American College of Cardiologists* (ACC) et la TOS [63], et celui produit par l'*American Association of Clinical Endocrinologists* (AAACE) et l'*American College of Endocrinology* (ACE) [50]. Comme le guide de pratique clinique publié par l'AHA/ACC/TOS n'émet pas de recommandations spécifiques à l'utilisation de la pharmacothérapie, il est souvent utilisé en association avec le guide de pratique clinique sur le traitement pharmacologique de l'obésité publié par l'*Endocrine Society* [135]. L'organisation des services n'est pas directement abordée dans les recommandations de ces deux guides de pratique. L'adoption d'un modèle de gestion des maladies chroniques pour la prise en charge de l'obésité, concentrant principalement les efforts d'organisation au niveau des soins primaires, est toutefois suggérée.

En termes d'organisation des soins et services pour la prise en charge de l'obésité, les États-Unis ont adopté un programme national d'accréditation pour les centres qui offrent la chirurgie bariatrique [134]. Ce programme, le *Metabolic and Bariatric Surgery Accreditation and Quality Improvement Program* (MBSAQIP), a été développé conjointement par l'*American College of Surgeons* (ACS) et l'*American Society for Metabolic and the Bariatric Surgery* (ASMBS). Un centre de chirurgie bariatrique obtient son accréditation à la suite d'un processus d'examen au cours duquel il doit prouver qu'il peut maintenir ses effectifs médicaux et professionnels, ses ressources matérielles et des normes de pratique de qualité. Pour recevoir l'accréditation, un centre doit atteindre les 7 standards dits fondamentaux parmi lesquels on retrouve notamment des cibles de volumes de cas, des procédures de sélection des patients, un engagement par rapport à la qualité des soins, l'accessibilité et la disponibilité des équipements et des instruments, et les parcours de soins en lien avec la période périopératoire. Il existe deux autres standards qui sont spécifiques à l'accréditation des centres de soins ambulatoires et des centres qui prennent en charge une clientèle adolescente. Au total, plus de 820 centres ont été accrédités aux États-Unis et près de 90 % des chirurgies bariatriques y sont pratiquées dans le pays [136]. Au Canada, 4 centres ont reçu une accréditation de ce programme, dont 3 se trouvent en Ontario (Humber River Regional Hospital, The Ottawa Hospital – Civic Campus, et University Health Network Toronto Western Hospital), et un en Alberta (Royal Alexandra Hospital). Tous les centres accrédités participent à un registre dans lequel les données relatives aux chirurgies bariatriques sont colligées. Les centres de chirurgie bariatrique de partout dans le monde peuvent également contribuer au registre en tant que centre de collecte de données sans avoir à obtenir une accréditation au programme.

Dans l'ensemble, la littérature scientifique supporte bien la valeur ajoutée des parcours de soins puisqu'ils réduisent les coûts, diminuent la durée moyenne de séjour et les complications périopératoires [137, 138]. Le programme d'accréditation requiert que les chirurgiens s'engagent à utiliser et collecter des données en lien avec le parcours de soins en chirurgie bariatrique. Des travaux ont été entrepris entre autres pour développer un parcours de soins pour la gastrectomie par laparoscopie. La trajectoire de l'utilisateur est donc mesurée à partir de sa première évaluation jusqu'à son suivi postopératoire, incluant tous les tests, consultations, dépistage, préparation, médication, et autres procédures indiquées de routine, sélectionnés ou non selon les caractéristiques de l'utilisateur [139]. À ce jour, il s'agit du seul parcours clinique en chirurgie bariatrique basé sur une revue systématique.

3.2.5 Le Canada : Ontario

L'organisation des soins et services dans la prise en charge de l'obésité est similaire entre les provinces et territoires canadiens. L'Ontario se distingue toutefois par la mise en place d'un réseau bariatrique qui est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ce réseau a été instauré en 2009 avec l'objectif d'améliorer l'accès aux services de médecine bariatrique [140].

Le réseau est constitué de douze centres répartis à travers la province, lesquels offrent des services médicaux et chirurgicaux bariatriques complets par des équipes interdisciplinaires. Sept de ces centres sont des centres d'excellence et fournissent des soins pré, péri et postopératoires complets à leurs usagers. Ils sont désignés sur la base de critères spécifiques comme le volume de chirurgies et la présence d'équipes multidisciplinaires. Trois centres travaillant en partenariat offrent exclusivement la chirurgie bariatrique, et deux centres régionaux offrent uniquement les soins pré et postopératoires. Dans les deux cas, ces centres peuvent également collaborer avec les centres d'excellence lorsque requis.

Le réseau dispose d'une liste d'attente centrale et unique sur laquelle les usagers sont inscrits suite à la référence d'un médecin. Lorsque l'admissibilité de l'utilisateur à l'un des programmes du réseau est déterminée, il est assigné à l'un des douze centres sur la base de sa localisation géographique. L'utilisateur est par la suite contacté par le centre auquel il a été assigné et est invité à assister à une session d'orientation qui est suivie d'un dépistage et d'une évaluation par une équipe interdisciplinaire pour établir un plan de traitement médical, ou pour évaluer la pertinence d'une chirurgie bariatrique. Dans le programme médical comme dans le programme chirurgical, une éducation intensive et des conseils nutritionnels sont fournis. Lorsque le plan de traitement médical est achevé, les usagers ont des suivis de routine sur une période pouvant aller jusqu'à deux ans. À la suite d'une chirurgie bariatrique, les usagers sont étroitement surveillés au cours de la première année, puis font l'objet d'un suivi annuel systématique pendant une période allant jusqu'à cinq ans. Ultiment, le patient est redirigé vers son médecin de famille qui dispose d'un guide de référence pratique complet comprenant entre autres des informations sur le suivi postopératoire de chirurgie bariatrique. Ce guide s'inscrit dans la standardisation des soins au sein du réseau, afin que les services fournis soient de haute qualité et uniformes à l'échelle provinciale. Le réseau dispose également d'un registre qui répertorie l'ensemble des chirurgies bariatriques qui sont pratiquées dans la province.

4. DES ENQUÊTES SUR LE TERRAIN : LA SITUATION ACTUELLE

Afin d'envisager une proposition d'organisation des soins et des services en médecine bariatrique, il était nécessaire de mieux connaître la situation actuelle, notamment par l'identification des ressources disponibles sur le territoire du RUISSS UL. L'intérêt de documenter l'état de la situation actuelle provient du besoin de procéder à l'analyse de l'écart entre ce qui existe présentement et la situation souhaitable pour les partenaires concernés dans le RUISSS UL pour proposer une trajectoire qui comble cette différence.

Afin de brosser le portrait global de la situation actuelle dans le RUISSS UL par rapport aux soins et aux services offerts en médecine bariatrique, deux enquêtes ont été menées auprès de clientèles cibles déterminées en fonction du contenu de l'enquête. Les résultats pertinents des enquêtes sont présentés dans les sections suivantes.

4.1 LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE DANS LE RUISSS UL

Le questionnaire avait pour objectif de documenter la pratique de la chirurgie bariatrique dans l'ensemble des centres qui offrent présentement ou qui offriront prochainement un programme de chirurgie bariatrique sur le territoire du RUISSS UL (Annexe B).

Outre l'IUCPQ-UL, il y a six centres qui offrent un programme de chirurgie bariatrique sur le territoire du RUISSS UL (figure 12) :

- l'hôpital régional de Rimouski et le centre hospitalier du Grand-Portage dans le CISSS du Bas-Saint-Laurent,
- l'hôpital de Chicoutimi et l'hôpital Hôtel-Dieu de Roberval dans le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean,
- l'hôpital de Chandler dans le CISSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et
- l'hôpital de Montmagny dans le CISSS de Chaudière-Appalaches.

Figure 12. Centres qui offrent ou qui offriront un programme de chirurgie bariatrique sur le territoire du RUISSS UL.



Source : MSSS [141]

Il est à noter que l'hôpital Le Royer de Baie-Comeau dans le CISSS de la Côte-Nord a complété l'enquête, même si le programme n'est officiellement pas encore offert aux usagers. Les informations disponibles sont donc relatives à la trajectoire proposée aux usagers seulement, car aucune donnée en lien avec les volumes ne peut être avancée.

En date du 27 septembre 2019, tous les centres avaient répondu à l'enquête. Les faits saillants de cette enquête, présentés lors de l'édition 2019 du symposium de chirurgie bariatrique qui se tenait à l'IUCPQ-UL les 18 et 19 octobre, sont énumérés ci-dessous. Afin de faciliter le regroupement d'informations et la compréhension des données, la séquence des soins et des services a été divisée en quatre phases, soient 1) l'inscription sur la liste d'attente, 2) l'investigation préopératoire qui débute avec la première collecte de données et qui prend fin avec la décision de procéder à la chirurgie ou non, 3) la chirurgie qui représente dans les faits la période peropératoire et 4) le suivi postopératoire.

(1) Inscription sur la liste d'attente

Tous les centres du RUISSS UL acceptent la référence au programme de chirurgie bariatrique provenant d'un médecin omnipraticien ou d'un médecin spécialiste, mais seuls 3 des 8 centres acceptent l'autoréférence. Par ailleurs, certains centres ont rapporté un recoupement des usagers sur leur liste d'attente. Cette affirmation a notamment pu être vérifiée par comparaison des listes d'attente de l'IUCPQ-UL et de l'hôpital de Montmagny. En date du 8 février 2018, 86 usagers étaient inscrits sur les deux listes, ce qui représentait alors plus de 33 % des usagers inscrits sur la liste d'attente de l'hôpital de Montmagny. Pour des raisons de confidentialité, l'exercice n'a pu être répété dans les autres centres du RUISSS UL. De plus, certains centres ont exprimé une problématique venant du fait que les usagers qui s'inscrivent sur leur liste d'attente habitent dans des régions administratives différentes et parfois éloignées de celle de leur centre, ce qui complexifierait la préparation et le suivi des usagers s'ils étaient opérés dans ce centre.

Dans les centres régionaux, la liste d'attente comprend entre 200 et 550 usagers, alors que celle du centre tertiaire comprend plus de 2 000 usagers. Il apparaît que le délai entre l'inscription sur la liste d'attente et la première collecte de données varie en 2 et 42 mois dans les centres du RUISSS UL, avec 4 centres sur 7 indiquant un délai de 12 mois et moins.

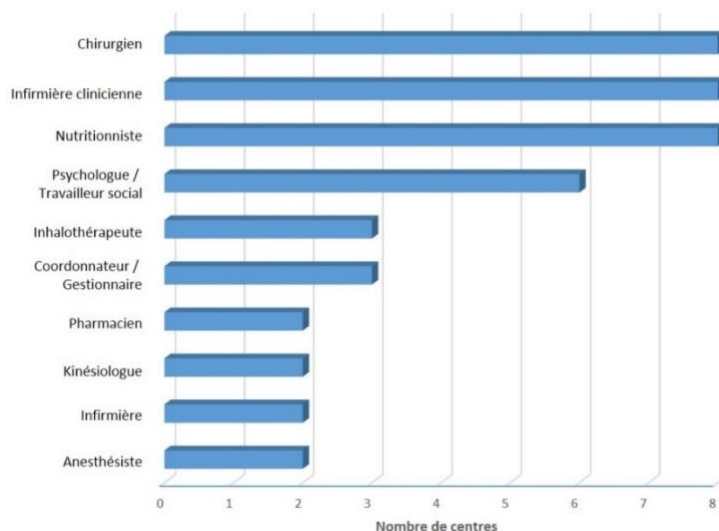
Pendant cette attente, la majorité des centres (5 centres sur 8) ne réfère pas l'utilisateur vers d'autres ressources de prise en charge de l'obésité et de ses comorbidités. Parmi les centres qui offrent une référence, un centre renvoie l'utilisateur à son médecin omnipraticien, un centre réfère pour des consultations en nutrition, en kinésiologie, en travail social ou en médecine interne, et un centre réfère au programme de prévention et de gestion des maladies chroniques de sa région qui offre des consultations en nutrition et en kinésiologie.

Aucun centre ne dispose d'une entente formelle ou d'une trajectoire de services avec les intervenants de première ligne en ce qui concerne la préparation des usagers en vue d'une chirurgie bariatrique. Un centre propose toutefois de mettre en place une formation auprès des médecins omnipraticiens et de leur équipe pour qu'ils soient davantage impliqués dans la préparation des usagers lorsqu'une chirurgie est prévue dans le parcours thérapeutique de l'utilisateur.

(2) Investigation préopératoire

Les équipes des programmes de chirurgie bariatrique des centres du RUISSS UL sont essentiellement composées de chirurgiens bariatriques, d'infirmières cliniciennes et de nutritionnistes (figure 13). Les travailleurs sociaux et psychologues (regroupés dans la même catégorie) sont présents dans les équipes de 6 des 8 centres. Les autres professionnels comme les kinésologues ou encore les gestionnaires/coordonnateurs de programme sont peu intégrés dans les équipes actuellement en place, avec moins de la moitié de centres qui en comptent parmi les rangs de leur programme de chirurgie bariatrique.

Figure 13. Composition des équipes des programmes de chirurgie bariatrique du RUISSS UL.



Dans 5 des 8 centres, aucun des membres des équipes n'est dédié à temps plein au programme de chirurgie bariatrique, alors que dans un des centres, certains professionnels de l'équipe (infirmière clinicienne et nutritionniste) occupent un poste à temps plein. Dans les deux autres centres, les équipes du programme de chirurgie bariatrique sont en place à temps plein.

Tous les chirurgiens bariatriques ont reçu une formation en chirurgie bariatrique soit à l'IUCPQ-UL (Québec), soit à l'Hôpital du Sacré-Cœur (Montréal), et dans un cas, en France. Dans 5 des 8 centres, les professionnels impliqués dans les programmes de chirurgie bariatrique ont également été formés à l'IUCPQ-UL (Québec). Les autres centres (3 sur 8) ont mentionné que les professionnels recevaient une formation sur place, par les professionnels déjà en place dans leur propre centre.

Les critères d'admissibilité à la chirurgie bariatrique sont dans l'ensemble tous les mêmes dans les centres : usager âgé entre 18 ans et 65 ans, avec un IMC ≥ 35 kg/m² en présence de comorbidités ou un IMC ≥ 40 kg/m² en présence ou en absence de comorbidités. Un centre a mentionné offrir la chirurgie bariatrique pour un âge maximal de 60 ans, et un autre, pour un IMC maximal de 60 kg/m².

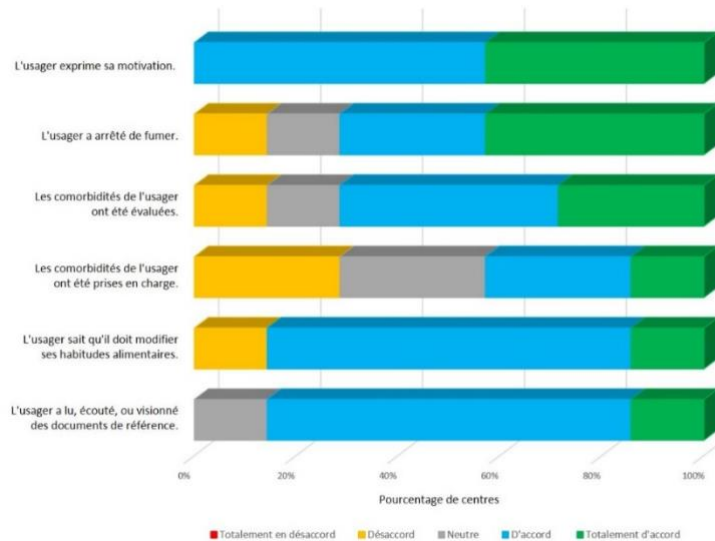
De façon générale, tous les centres avec un programme actif de chirurgie bariatrique sont d'accord avec le fait que l'utilisateur exprime sa motivation à l'égard de la chirurgie bariatrique (figure 14). Six des 7 centres mentionnent être au moins en accord avec le fait que l'utilisateur s'est renseigné sur la chirurgie bariatrique en ayant lu, écouté ou visionné des documents de référence. L'avis des centres est plus partagé sur la cessation tabagique, l'évaluation et la prise en charge des comorbidités et la compréhension de l'utilisateur envers les modifications alimentaires qu'il devra effectuer. Par le biais de l'analyse des trajectoires transmises à l'UETMIS lors de cette enquête, il a été remarqué que le centre qui témoigne de son désaccord par rapport à ces dernières affirmations n'offre pas de séance d'information de groupe avant la prise de décision de l'utilisateur de poursuivre ou non vers la chirurgie bariatrique.

La durée de la phase d'investigation préopératoire (délai entre le rendez-vous de collecte de données et la chirurgie bariatrique) varie entre 1 et 10 mois, mais un centre a mentionné que ce délai pouvait se prolonger jusqu'à 18 mois selon la mobilisation de l'utilisateur. Dans au moins 5 des 7 centres qui offrent actuellement un programme de chirurgie bariatrique, ce délai est 6 mois et moins.

La prise de décision relative au fait de procéder ou non à la chirurgie bariatrique n'est pas uniforme dans les centres

du RUISSS UL. Comme le démontre la figure 14, la décision d'opérer est partagée entre les options suivantes : chirurgien seulement (n = 3), chirurgien-usager (n = 3), et comité multidisciplinaire (n = 2). Deux centres ont cependant indiqué que même si la décision n'est pas prise par un comité multidisciplinaire, elle est issue de l'évaluation favorable de l'utilisateur par l'ensemble des professionnels rencontrés pendant la phase d'investigation préopératoire. Un autre centre a mentionné avoir un comité multidisciplinaire, lequel intervient dans la prise de décision des cas complexes seulement.

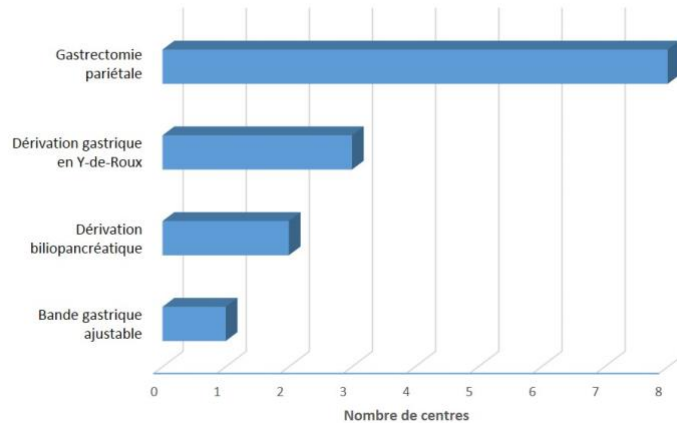
Figure 14. Impression des centres du RUISSS UL sur le degré de préparation/compréhensions des usagers par rapport à la chirurgie bariatrique et à son suivi.



(3) Chirurgie

L'ensemble des centres du RUISSS UL offrent la chirurgie de gastrectomie partielle (figure 15). Cette chirurgie constitue en fait 100 % des chirurgies réalisées dans 6 des 8 centres. Les chirurgies causant une malabsorption (dérivation gastrique en Y-de-Roux et biliopancréatique) sont offertes dans deux et trois centres respectivement. Parmi ceux qui proposent la dérivation gastrique en Y-de-Roux, seulement deux des centres la pratiquent concrètement avec un pourcentage de 15-20 % des chirurgies réalisées. De façon similaire, la dérivation biliopancréatique, bien qu'elle soit offerte dans deux centres, n'est pratiquée que dans un seul centre où elle représente 15 % des chirurgies réalisées. La bande gastrique ajustable est offerte dans un centre uniquement, mais dans les faits, elle ne semble plus utilisée.

Figure 15. Types de chirurgie bariatrique offerts dans les centres du RUISSS UL.



Parmi les centres qui ont un programme actif de chirurgie bariatrique (n = 7), le volume annuel dépasse 300 chirurgies pour deux centres, se situe autour de 150 chirurgies pour deux centres, et est inférieur à 100 chirurgies pour trois centres. Dans l'ensemble, les chirurgiens réalisent entre 25 et 90 chirurgies annuellement. Des centres ont également rapporté que cet écart existe à l'intérieur même des centres où tous les chirurgiens n'opèrent pas à la même fréquence.

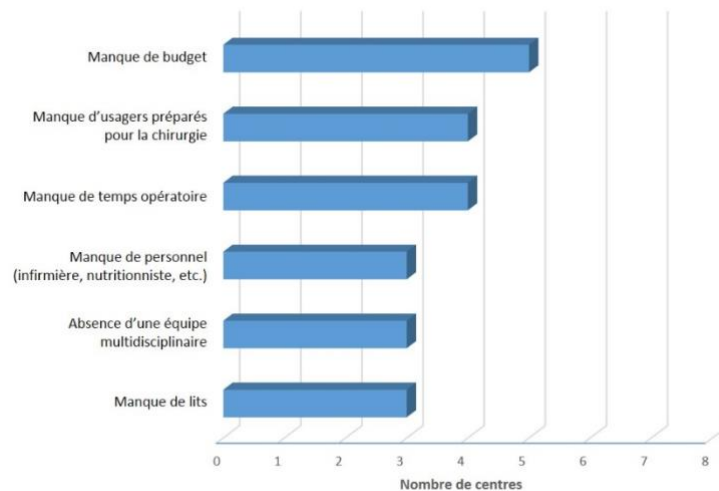
La durée moyenne de séjour varie entre 1 et 3 jours suite à une gastrectomie pariétale, mais pour la moitié des centres, elle semble fixe à 48 heures. Parmi les centres qui pratiquent la dérivation gastrique en Y-de-Roux et la dérivation biliopancréatique, la durée moyenne de séjour est de 3 à 4 jours.

Six des 7 centres régionaux ont indiqué référer leurs cas complexes vers l'IUCPQ-UL, ces cas complexes étant définis par un IMC supérieur à 60 kg/m², un âge supérieur à 65 ans et une indication pour une chirurgie de dérivation gastrique en Y-de-Roux ou une dérivation biliopancréatique. Trois centres ont également mentionné des raisons comme la nécessité de soins postopératoires à l'unité des soins intensifs de haut niveau ou encore la présence de comorbidités nécessitant l'intervention de médecins spécialistes lors du suivi postopératoire.

Peu de centres se sont prononcés sur la qualité des corridors de services lorsqu'il y a référence de l'utilisateur vers un autre centre de chirurgie bariatrique. Lorsque c'était le cas, la qualité a cependant été jugée excellente.

Lorsque les centres sont questionnés sur les raisons qui limitent le nombre de chirurgies (figure 16), la majorité (5 centres sur 8) mentionnent le manque de budget. Le manque de temps opératoire et d'utilisateurs prêts à être opérés sont également les raisons soulevées par la moitié des centres pour tenter d'expliquer ce qui limite le nombre de chirurgies.

Figure 16. Raisons limitant le nombre de chirurgie bariatrique selon les centres du RUISSS UL.



Tous les centres mentionnent avoir une base de données leur permettant notamment de suivre le nombre d'usagers opérés, et certains mentionnent détenir une base de données où les résultats des usagers en termes de suivi du poids et des bilans des analyses sanguines sont entre autres compilés.

Lorsque la chirurgie bariatrique n'est pas indiquée pour un usager, la majorité des centres (6 centres sur 8) proposent des alternatives aux usagers, notamment en les invitant à consulter une nutritionniste ou un autre professionnel et en les référant à des professionnels comme la nutritionniste et le kinésologue, à un programme de médecine bariatrique ou à un programme de prévention et de gestion des maladies chroniques, bien souvent par le biais de leur médecin omnipraticien.

Dans 5 des 8 centres, la médication anti-obésité est offerte par les médecins, lesquels sont principalement des internistes.

(4) Suivi postopératoire

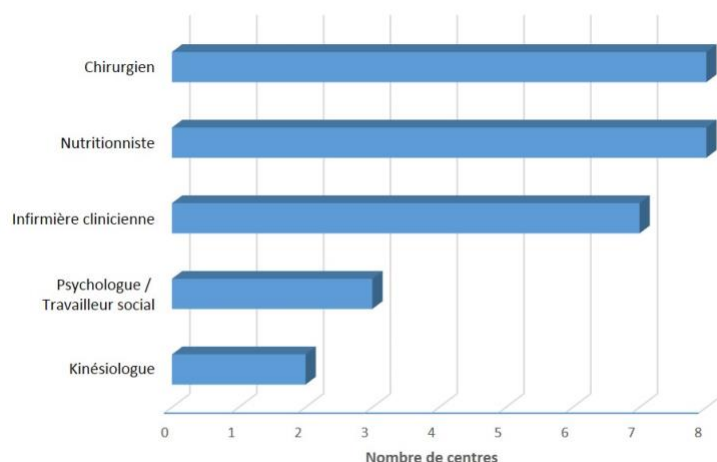
Tous les patients subissant une chirurgie impliquant une malabsorption comme la dérivation gastrique en Y-de-Roux et la dérivation biliopancréatique sont suivis à vie par les centres qui les pratiquent. Cependant, le suivi offert à la suite d'une gastrectomie partielle est très variable selon le centre où elle est pratiquée : à vie dans trois centres, pendant trois ans dans trois centres, pendant deux ans dans un centre et pendant un an dans un centre.

Dans l'ensemble, le suivi postopératoire propose entre 3 et 5 visites (téléphoniques ou sur place) dans la première année après la chirurgie, avec un suivi annuel au-delà de cette première année selon la durée totale du suivi offert par le centre.

Ce sont toujours le chirurgien, la nutritionniste et l'infirmière clinicienne qui sont impliqués dans le suivi postopératoire des usagers, les autres professionnels étant très peu, voire non représentés (figure 17).

Dans tous les centres, des médecins spécialistes sont disponibles pour prendre en charge les complications. Cependant, en cas de regain de poids chez l'usager opéré, peu de centres ont mis en place des mécanismes pour assurer un suivi. Dans quatre centres, il est cependant prévu de procéder à une réévaluation de l'usager. Par ailleurs, aucun centre ne dispose d'entente avec les intervenants de première ligne pour le suivi des usagers, bien qu'un protocole pour les médecins omnipraticiens et les pharmacies communautaires ait été mis en place dans un centre.

Figure 17. Professionnels du programme de chirurgie bariatrique impliqués dans le suivi postopératoire des usagers dans les centres du RUISSS UL.



Bons coups et points à améliorer

Par une question ouverte, tous les centres ont été invités à présenter leurs bons coups, ainsi que les éléments qui pourraient être améliorés. Toutes les réponses reçues sont énumérées ci-dessous, seuls les points qui se recoupaient ont été regroupés.

Les bons coups mentionnés sont :

- l'établissement de critères standardisés pour l'accès à la chirurgie (n = 1);
- la prise en charge par une équipe multidisciplinaire dont la compétence des intervenants est élevée (n = 3);
- l'offre de cours de groupe pour optimiser la prise en charge initiale (n = 1);
- la signature d'un consentement par l'utilisateur lors de la rencontre de groupe pour témoigner de son engagement à se conformer aux critères d'accès à la chirurgie bariatrique en 18 mois sans quoi le dossier est fermé (n = 2);
- la centralisation de l'information sur l'utilisateur (n = 1);
- le court délai d'attente avant la rencontre avec le chirurgien (n = 1);
- la facilité d'accès aux médecins spécialistes pour l'investigation préopératoire (n = 2) et
- le suivi des usagers après leur chirurgie (n = 2).

Dans les points à améliorer, il y avait :

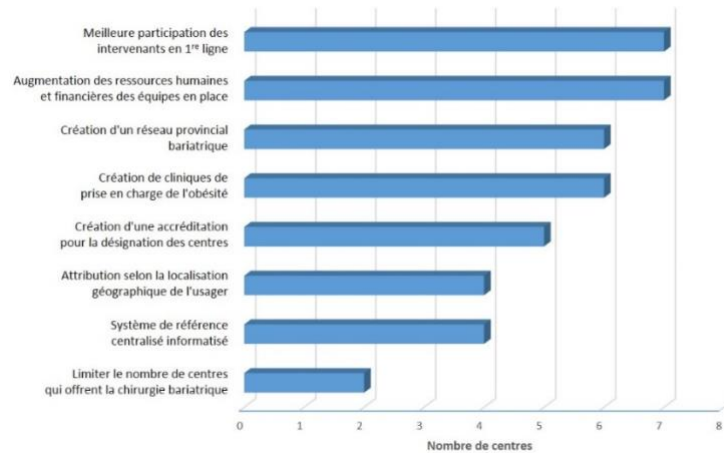
- la création de capsules informatives fiables (n = 1);
- le support administratif pour la gestion des rendez-vous (n = 1);
- l'augmentation des ressources humaines et financières (n = 2);
- l'implication d'un usager partenaire (n = 1);
- la mise en place de cours de groupe portant sur la nutrition et l'aspect psychosocial à intégrer dans les phases pré et postopératoires (n = 1);
- la préparation des usagers (n = 1);
- le démarrage d'un centre d'activité physique où les programmes d'exercice sont supportés par un kinésologue (n = 1);
- l'implication de travailleurs sociaux dans la trajectoire de soins, particulièrement lors du suivi postopératoire (n = 1);
- l'adaptation du suivi postopératoire en fonction du type de chirurgie (pas de suivi à vie systématique) (n = 1);
- l'amélioration du suivi de la base de données (n = 1) et
- l'augmentation du temps opératoire (n = 1).

Initiatives pour l'amélioration des soins en médecine bariatrique

Pour la majorité des centres, les initiatives qui permettraient d'améliorer les soins en médecine bariatrique (figure 18), sont l'augmentation des ressources humaines et financières des équipes déjà en place et une meilleure participation des intervenants de première ligne. Ces deux points avaient déjà été soulevés par les centres dans la question concernant ce qui devait être amélioré dans leur prise en charge de l'utilisateur. La création d'un réseau provincial québécois et de cliniques de prise en charge de l'obésité est souhaitée dans six des huit centres. La création d'une accréditation pour la désignation des centres a rallié cinq des huit centres, alors que l'attribution d'un centre selon la localisation géographique de l'utilisateur et la mise en place d'un système de référence centralisé et informatisé font partie des initiatives à développer pour la moitié des centres. Deux centres ont répondu que de limiter le nombre de centres qui offrent la chirurgie bariatrique pourrait être un scénario envisagé.

À titre complémentaire, il est intéressant de souligner une étude publiée en 2018 qui avait pour objectif de mesurer la variabilité des soins en chirurgie bariatrique dans les différents centres québécois [142]. Au total, 87 % des chirurgiens bariatriques québécois ont complété le questionnaire qui portait en partie sur l'amélioration des soins bariatriques au Québec. Cette étude révèle que les chirurgiens supportent la création d'un réseau provincial bariatrique à 98 %, la référence à un centre basée sur la localisation géographique du patient à 93 %, la création d'un système d'accréditation pour la classification ou la désignation des centres bariatriques à 85 % et l'idée d'un système de référence informatique centralisé à 70 %. Dans un contexte où les soins en chirurgie bariatrique ne sont pas structurés, ces résultats sont particulièrement intéressants et démontrent la volonté des chirurgiens d'être supportés par un réseau pour assurer la cohérence des soins et services. Si les résultats de l'enquête auprès des centres du RUISSS UL ne sont pas entièrement cohérents avec cette étude, c'est probablement en partie parce que le questionnaire a également été répondu par des membres des équipes clinico-administratives, lesquels n'ont pas nécessairement la même vision de l'organisation des soins et des services.

Figure 18. Initiatives qui permettraient l'amélioration des soins en médecine et en chirurgie bariatriques dans RUISSS UL.



4.2 EXPÉRIENCE ET PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ DES PATIENTS BARIATRIQUES

Comme mentionné précédemment, l'intégration des usagers dans les démarches d'amélioration des soins et des services dans le domaine de la santé est considérée comme une valeur ajoutée. Les usagers ayant subi une chirurgie bariatrique ont vécu la trajectoire de soins et de services et détiennent à cet égard un savoir expérientiel. Cette enquête (annexe C) avait donc pour objectif de questionner le parcours des usagers ayant subi une chirurgie bariatrique en documentant leur expérience et leur perception de leur prise en charge par le système de santé. La clientèle de l'ensemble des centres ayant un programme actif de chirurgie bariatrique a été sondée afin de documenter toutes les trajectoires possibles sur le territoire du RUISSS UL.

Afin de faciliter le regroupement d'informations et la compréhension des données, la séquence des soins et des services a été divisée en trois phases, soient 1) l'utilisation des services de gestion de poids avant le recours à la chirurgie bariatrique, 2) la période menant à la chirurgie bariatrique, et 3) l'utilisation des services de gestion de poids après la chirurgie bariatrique.

Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 56 questionnaires ont été complétés, en partie (n=13) ou en totalité (n=43), sur une période de deux mois. Les répondants qui ont complété le questionnaire ont subi leur chirurgie bariatrique dans quatre des 7 centres du RUISSS UL offrant actuellement un programme de chirurgie bariatrique, soit à l'hôpital Hôtel-Dieu de Roberval (40 %), à l'IUCPQ-UL (30 %), à l'hôpital de Montmagny (17 %) et à l'hôpital régional de Rimouski (13 %).

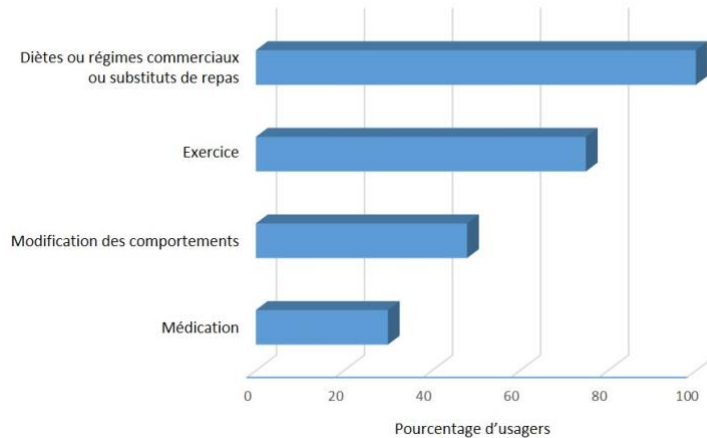
La période au cours de laquelle les répondants ont subi leur chirurgie se situe en 2010 et 2019, la majorité des usagers ayant été opérés entre 2015 et 2019 (80 %). La majorité des répondants a subi une gastrectomie partielle (67 %). La dérivation biliopancréatique a été réalisée chez 22 % des répondants, alors que la dérivation en Y-de-Roux et la bande gastrique ajustable ont été effectuées chez 4 % et 2 % des répondants, respectivement. Il est à noter que deux répondants ont mentionné ne pas savoir de quel type de chirurgie ils avaient bénéficié (4 %).

Un peu plus de la moitié des répondants ont mentionné avoir été traités pour de l'hypertension (59 %) et des douleurs articulaires (45 %) dans les années précédant la chirurgie bariatrique. Entre 30 % et 40 % des usagers étaient traités pour de l'apnée du sommeil ou du diabète de type II, et moins d'un usager sur cinq était traité pour d'autres conditions comme la dépression/anxiété, l'asthme ou une maladie cardiovasculaire.

(1) Utilisation des services de gestion de poids avant le recours à la chirurgie bariatrique

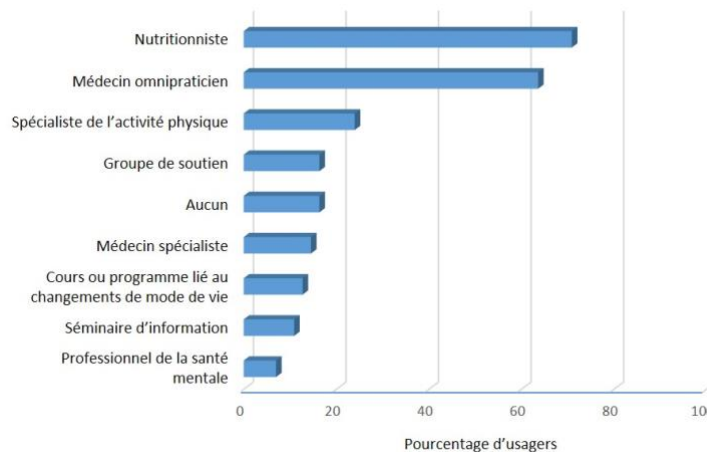
Lorsque questionnés sur les moyens utilisés pour perdre du poids avant d'avoir recours à la chirurgie bariatrique (figure 19), l'ensemble des répondants ont mentionné avoir tenté des diètes et des régimes ou des substituts de repas disponibles commercialement et trois répondants sur quatre indiquent avoir participé à des séances d'activité physique. Près d'un répondant sur deux (48 %) révèle avoir modifié son comportement et 30 % des répondants ont eu recours à la médication pour tenter de perdre du poids.

Figure 19. Moyens utilisés par les répondants pour perdre du poids avant d'avoir recours à la chirurgie bariatrique.



Dans les années qui précèdent le recours à la chirurgie bariatrique, la consultation d'une nutritionniste (71 %) et celle d'un médecin omnipraticien (64 %) sont les deux services les plus utilisés par les répondants pour tenter de perdre du poids (figure 20). Environ un répondant sur quatre a consulté un spécialiste de l'activité physique. Tous les autres services mentionnés (groupe de soutien, médecin spécialiste, cours ou programme lié au changement de mode de vie, séminaire d'information ou professionnel de la santé mentale) ont été utilisés par moins d'un répondant sur cinq. Il est intéressant de noter que 9 % des répondants disent n'avoir eu recours à aucun des services.

Figure 20. Services utilisés par les répondants pour perdre du poids avant d'avoir recours à la chirurgie bariatrique



Dans l'ensemble (68%), les répondants sont satisfaits de la prise en charge de leur obésité par le système de santé avant d'avoir recours à la chirurgie bariatrique.

(2) Période menant à la chirurgie bariatrique

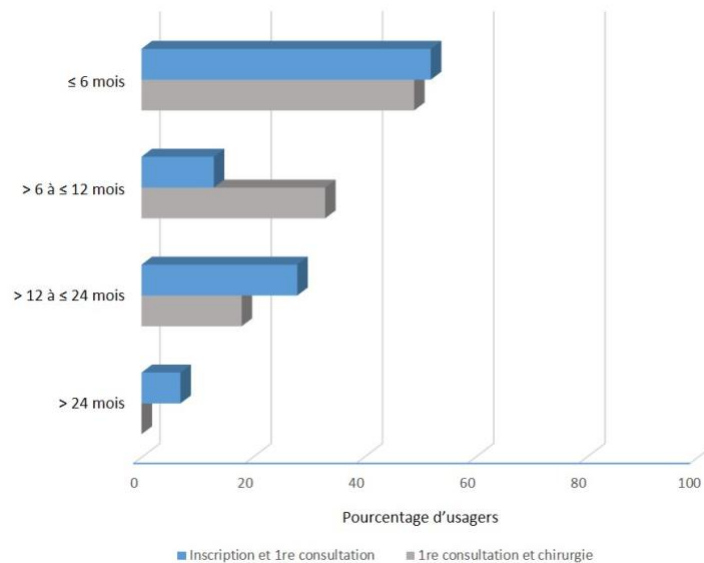
Les répondants sont principalement référés vers les programmes de chirurgie bariatrique par un médecin omnipraticien (64 %). Près d'un répondant sur cinq (17 %) s'est inscrit par lui-même sur la liste d'attente d'un programme de chirurgie bariatrique. Les autres ont été orientés vers la chirurgie bariatrique par un membre de la famille/ami (13 %) ou par un médecin spécialiste (6 %). Dans 79 % des cas, les répondants ont mentionné que leur principale motivation d'avoir recours à la chirurgie bariatrique venait d'un choix personnel (amélioration globale de la santé, de la qualité de vie et de l'estime de soi), alors que dans 21 % des cas, c'est à la suite de la recommandation d'un professionnel de la santé.

Principalement dans le but de réduire l'attente avant la première consultation, 26 % des répondants ont mentionné s'être inscrit dans plus d'un centre. Les répondants qui ont choisi de s'inscrire auprès d'un seul centre l'ont fait pour la proximité de sa localisation géographique et pour la qualité des soins qui y sont offerts.

Dans le cas des centres régionaux, particulièrement celui de Roberval, les répondants provenaient presque exclusivement de la région administrative du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Pour les centres localisés à Montmagny et à Rimouski, la provenance des répondants était plus hétérogène. La clientèle de l'IUCPQ-UL provient de plusieurs des régions administratives du Québec, mais la plupart des répondants provenaient des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches.

La période d'attente entre le moment où les répondants s'inscrivent sur la liste d'attente et où ils rencontrent pour la première fois un professionnel de la santé de l'équipe du programme de chirurgie bariatrique varie entre 2 et 48 mois (figure 21). Entre cette première consultation et le jour de la chirurgie, la période d'attente varie entre 2 et 24 mois.

Figure 21. Périodes écoulées entre l'inscription sur la liste d'attente, la première consultation avec l'équipe du programme de chirurgie bariatrique et la chirurgie



Au cours de l'investigation préparatoire à la chirurgie bariatrique, plus de 80 % des répondants mentionnent avoir eu accès à une consultation individuelle avec une nutritionniste, et près de la moitié des répondants indiquent avoir eu au moins trois rencontres avec une nutritionniste. Environ 10 % des répondants révèlent n'avoir eu aucun accès au service d'une nutritionniste.

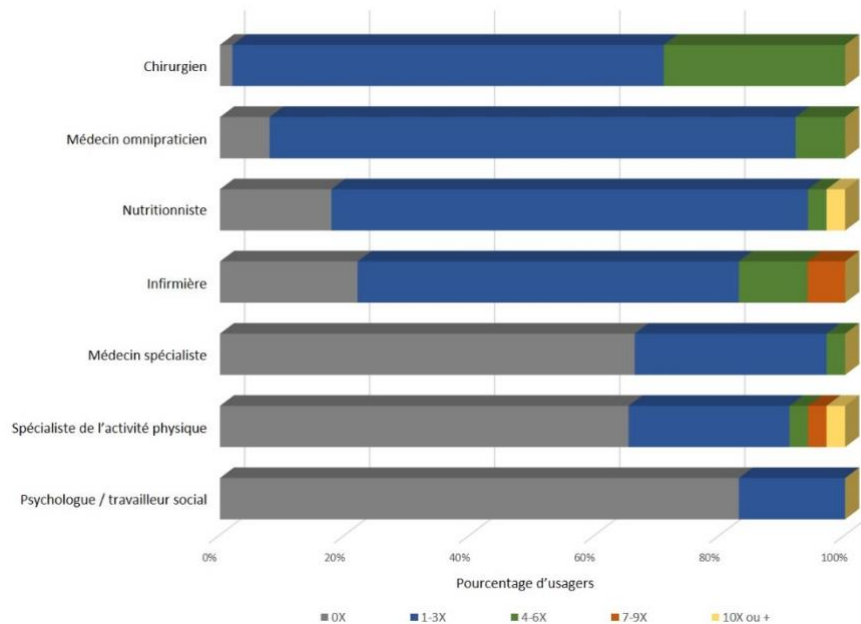
Le quart des répondants indique avoir eu accès à des consultations individuelles auprès d'un spécialiste en activité physique et environ 15 % des répondants mentionnent avoir eu au moins trois rencontres avec un spécialiste de l'activité physique. Ce type de service n'était pas accessible pour 70 % des répondants.

Environ 20 % des répondants ont eu accès à des consultations individuelles avec un professionnel de la santé mentale.

(3) Utilisation des services de gestion de poids après la chirurgie bariatrique

Dans les 12 mois qui suivent la chirurgie bariatrique, les professionnels qui sont intervenus le plus fréquemment dans le suivi des répondants sont le chirurgien (figure 22), le médecin omnipraticien, la nutritionniste et l'infirmière. En effet, plus de 75 % des répondants ont indiqué avoir rencontré ces professionnels au moins une fois dans l'année suivant leur chirurgie bariatrique. Environ un répondant sur trois rencontre des médecins spécialistes et des professionnels de l'activité physique au moins une fois. L'intervention d'un psychologue ou d'un travailleur social est peu utilisée, avec moins d'un répondant sur cinq qui rencontre ce type de professionnel dans l'année suivant la chirurgie bariatrique.

Figure 22. Fréquence des rencontres avec les professionnels dans l'année suivant la chirurgie bariatrique.



Lorsque questionnés sur les services offerts en nutrition après leur chirurgie bariatrique, 65 % des répondants indiquent avoir eu des consultations individuelles avec une nutritionniste et 37 % mentionnent avoir participé à au moins trois rencontres avec une nutritionniste. Près d'un répondant sur cinq révèle n'avoir eu aucun accès à ce type de service au cours de leur suivi.

Par rapport aux services liés à l'activité physique, 18 % des répondants indiquent avoir eu des consultations individuelles avec un spécialiste après leur chirurgie bariatrique et 11 % mentionnent avoir participé à au moins trois rencontres avec un spécialiste. Près de trois répondants sur quatre révèle n'avoir eu aucun accès à ce type de service pendant leur suivi.

Moins de 15 % des répondants mentionnent avoir eu accès à une consultation individuelle auprès d'un professionnel de la santé mentale après leur chirurgie bariatrique.

La moitié des répondants a fait face à un regain de poids depuis sa chirurgie bariatrique, mais aucun n'a eu accès à de la médication pour contrôler ce regain de poids.

Le recours à la chirurgie bariatrique augmente le taux de satisfaction des répondants (82 %) qui sont satisfaits de la prise en charge de leur obésité par le système de santé. Par rapport à la chirurgie bariatrique spécifiquement, le niveau

de satisfaction diminue en fonction de la durée du suivi : alors que plus de 90 % des répondants se disent au moins satisfaits dans l'année qui suit la chirurgie bariatrique, seulement 47 % le sont encore cinq ans après la chirurgie. Les répondants sont davantage satisfaits par leur suivi en centre hospitalier (93 %) que par leur suivi auprès de leur médecin omnipraticien (83 %).

Dans tout le processus de gestion de poids, incluant la chirurgie bariatrique, les répondants se sont sentis plus soutenus par les médecins spécialistes et les professionnels de la santé qu'ils ont côtoyés (89 %) que par leur médecin omnipraticien (74 %).

Recommandations des usagers pour une prise en charge optimale de l'obésité et les défis liés à cette prise en charge

Par une question ouverte, les répondants ont été invités à donner leurs recommandations pour définir la prise en charge optimale d'un usager obèse, incluant la chirurgie bariatrique. Toutes les réponses reçues sont énumérées ci-dessous, seuls les points qui se recoupaient ont été regroupés. À noter que plusieurs répondants ont ignoré la question.

Les répondants qui ont subi une chirurgie bariatrique recommandent ainsi :

- une prise en charge par le médecin omnipraticien de l'utilisateur permettant entre autres d'avoir un bilan global de la santé pour discuter des risques associés à l'obésité (n = 4) ;
- un soutien sans préjugés de la part des médecins et professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge de l'utilisateur (n = 1) ;
- d'avoir accès plus rapidement à la chirurgie bariatrique dans le processus de gestion de poids (n = 3);
- obtenir plus d'information sur les conséquences physiques possibles de la chirurgie bariatrique, et des exemples concrets sur les choix alimentaires (n = 1);
- un soutien psychologique autant avant qu'après la chirurgie bariatrique, individuel ou en groupe (n = 8);
- un suivi systématique plus étroit et plus long après la chirurgie bariatrique, individuel ou en groupe, en nutrition et en activité physique (n = 8);
- la participation à des groupes de soutien avant et après la chirurgie bariatrique (n = 2) et
- de ne rien changer à la trajectoire (n = 6).

La grande majorité des répondants (93 %) indiquent que le principal défi de la prise en charge de l'obésité est la motivation personnelle. Les préjugés et la discrimination de l'entourage, et le maintien à long terme du poids ont été mentionnés à 70 % par les répondants. La moitié des répondants sont d'avis que le temps d'attente pour accéder à un traitement représente un défi, et 43 % des répondants indiquent que la plus grande difficulté est leur réticence à demander de l'aide. Environ le quart des répondants a identifié des défis liés aux préjugés et à la discrimination des professionnels de la santé, au manque de ressources fiables et gratuites sur la gestion de poids et à la difficulté d'avoir un suivi une fois qu'un traitement est débuté.

5. VERS UNE HIÉRARCHISATION DES SOINS ET SERVICES : LA SITUATION SOUHAITABLE

L'analyse de la situation actuelle de l'organisation des soins et des services sur le territoire du RUISSS UL a permis de mettre en évidence la sous-représentation de la médecine bariatrique dans tous les niveaux d'accès aux services, de même que l'absence d'un réseau structuré pour la prise en charge globale de l'obésité. Le prochain point aborde donc ces problématiques dans une perspective de développement d'une situation souhaitable pour l'ensemble des partenaires du RUISSS UL.

5.1 LES CRITÈRES DE DÉSIGNATION DES CENTRES SELON LES NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES

Dans la revue de la littérature, il est apparu que certains organismes avaient déterminé des standards supportant la désignation et la classification des établissements offrant des services de chirurgie bariatrique.

La *British Obesity and Metabolic Surgery Society* (BOMSS) a notamment produit en 2012 un document regroupant des normes visant à faciliter la traduction des directives nationales et internationales existantes à propos de la prise en charge de l'obésité et de la chirurgie bariatrique en services structurés de qualité pour le Royaume-Uni [143]. Ce document décrit entre autres la structure d'un service de chirurgie bariatrique en termes de composition de l'équipe multidisciplinaire, des évaluations à réaliser, du support à offrir, et des besoins en matière d'installation et d'équipement. Il présente également des normes professionnelles auxquelles les chirurgiens bariatriques doivent se conformer, de même que des standards liés à l'équipement requis dans un service de chirurgie bariatrique. De façon similaire, l'ASMBS aux États-Unis propose un programme national d'accréditation et d'amélioration de la qualité (MBAAQIP) pour le traitement des usagers bariatriques dont la dernière mise à jour a été faite en 2019 [144]. Ce programme fournit des conseils aux établissements cherchant à développer la structure et l'expertise nécessaires pour offrir des soins sécuritaires, efficaces et de haute qualité à tous les usagers bariatriques (section 3.2.4).

Après avoir pris connaissance de ces documents, des communications ont eu lieu avec la CABPS afin de déterminer s'il existait ce type de standards au Canada. Selon des informations obtenues par le Dr Laurent Biertho, chirurgien bariatrique à l'IUCPQ-UL et président sortant de la CABPS, la définition de normes d'accréditation des centres de médecine bariatrique et des centres de chirurgie bariatrique, de même que les qualifications minimales requises pour la formation des médecins et des chirurgiens bariatriques, sont en cours de développement par la CABPS [145]. Le but de ces lignes directrices est donc de proposer des conseils sur la façon de standardiser les soins bariatriques à travers le pays, afin de fournir aux usagers un accès optimal aux différents traitements de l'obésité, sans remplacer toutefois les instances d'accréditation qui pourraient être déjà en place dans certaines provinces comme le Québec par exemple. En effet, dans le plan d'action proposé par le MSSS en 2009 [146], le Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal) et l'IUCPQ-UL ont déjà été reconnus comme centre d'excellence en chirurgie bariatrique et plusieurs centres régionaux dans la province ont reçu une désignation leur permettant d'offrir la chirurgie bariatrique aux usagers. Ainsi, les standards proposés par la CABPS ne remettent pas en question ces désignations, mais donnent plutôt l'occasion de supporter une offre de services structurée et organisée basée sur les plus récentes évidences cliniques et un consensus d'experts du domaine de l'obésité.

Bien que ce document n'ait pas encore fait l'objet d'une publication et qu'il ne soit pas disponible sur le site internet du CABPS [145], l'UETMIS de l'IUCPQ-UL a pu y avoir accès par l'entremise du Dr Biertho. Avec son approbation, le document portant sur les standards canadiens pour la médecine et la chirurgie bariatriques a d'abord été présenté au comité de travail interne de l'IUCPQ-UL pour servir de base au développement des définitions des rôles et des responsabilités selon les niveaux d'accès aux services. À l'unanimité, les membres du comité interne de l'IUCPQ-UL ont adhéré à l'utilisation de ces standards pour entamer la réflexion sur les rôles et les responsabilités qui incombent

aux centres hospitaliers, aux médecins et aux professionnels de la santé en fonction des niveaux d'accès aux services dans le contexte québécois.

Brièvement, la CABPS définit les centres d'excellence en chirurgie bariatrique en trois niveaux [145]. Un centre de niveau 1 doit faire partie d'un centre de soins tertiaires et présenter la particularité de pouvoir offrir tous les types de chirurgie bariatrique à l'ensemble des usagers obèses, indépendamment de leur IMC et de leur(s) comorbidité(s). Les centres de chirurgie bariatrique de niveau 2 se distinguent des centres de niveau 1 notamment par leur volume annuel moindre de chirurgies bariatriques, leur offre plus limitée des types de chirurgie bariatrique et leur clientèle limitée aux usagers à faible risque. Les centres de niveau 3 offrent la chirurgie bariatrique pratiquée en ambulatoire seulement aux usagers à faible risque. Les centres d'excellence en médecine bariatrique ne sont quant à eux pas catégorisés, car les programmes de médecine bariatrique peuvent être offerts conjointement ou non avec les services de chirurgie bariatrique.

Les discussions au sein du comité de travail interne de l'IUCPQ-UL ont conduit dans un premier temps à éliminer la catégorie des centres de niveau 3 de la CABPS puisque tous les centres régionaux actuellement désignés dans le RUISSS UL ne répondent pas aux exigences de niveau 3. Dans un second temps, certains critères des centres de niveau 2 de la CABPS ont été ajustés pour permettre plus de flexibilité aux centres régionaux en ce qui concerne les types de chirurgie bariatrique à offrir. Par ailleurs, même s'il a été soulevé par le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL que les centres régionaux présentement désignés ne répondent pas tous aux exigences des centres de niveau 2, notamment en termes de volumes de chirurgies pratiquées, leur désignation n'a pas été remise en question puisque l'idée est de les supporter dans le rehaussement de leur programme pour se conformer aux exigences de la CABPS. Ainsi, dans la situation souhaitable, tous les centres régionaux qui offrent actuellement des services de chirurgie bariatrique recevraient la désignation de niveau 2 et l'IUCPQ-UL recevrait la désignation de niveau 1. Le tableau 2 présente de façon succincte les principaux critères de désignation des niveaux d'accès aux services tel que proposés et approuvés par le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL.

Tableau 2. Sommaire des critères de désignation proposés des centres de médecine et de chirurgie bariatriques dans le RUISSS UL.

	Programme de chirurgie bariatrique	Programme de médecine bariatrique
Centre tertiaire (centre de niveau 1)	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer au moins 200 cas/an; au moins 50 cas/an par chirurgien - Offrir un programme dirigé par un chirurgien bariatrique avec au moins 2 chirurgiens bariatriques additionnels - Offrir au moins 2 des 3 types de chirurgie en intervention primaire (gastrectomie pariétale, dérivation gastrique en Y-de-Roux ou dérivation biliopancréatique) et des chirurgies de révision et de conversion - Disposer d'une équipe multidisciplinaire : trois chirurgiens bariatriques, un médecin bariatrique, deux infirmières, deux nutritionnistes, un kinésologue, un travailleur social ou psychologue, et un coordonnateur; ces effectifs doivent être réajustés lorsque le centre effectue plus de 250 cas/an - Disposer d'une équipe de consultation : un endocrinologue, un cardiologue, un pneumologue, un gastroentérologue et un radiologiste - Offrir un suivi et une réadaptation postopératoires à long terme par une équipe multidisciplinaire (chirurgiens et médecins bariatriques, infirmières cliniciennes et médecins omnipraticiens) 	
Centres régionaux (centres de niveau 2)	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 100 cas/an; au moins 50 cas/an par chirurgien - Offrir la gastrectomie pariétale seule ou si formation spécialisée en chirurgie bariatrique obtenue, offrir au moins 2 des 3 types de chirurgie en intervention primaire - Traiter des usagers à faible risque défini par âge < 65 ans, un IMC < 55 kg/m² pour les hommes et 60 kg/m² pour les femmes, poids < 220 kg, et un ASA Classification ≤ III - Disposer d'une équipe de consultation sur place ou par entente formelle avec le centre tertiaire : un endocrinologue, un cardiologue, un pneumologue, un gastroentérologue et un radiologiste - Offrir un suivi et une réadaptation postopératoires à long terme par une équipe multidisciplinaire (chirurgiens et médecins bariatriques, infirmières cliniciennes et médecins omnipraticiens) 	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir un programme de 2 ans pouvant inclure un programme d'intervention en modification des habitudes de vie et du comportement, ou un programme de substitution des repas et de thérapie comportementale, ou un programme individuel; avec ou sans pharmacothérapie - Phase active du programme d'environ 6 mois, suivie d'une phase de maintien et de consolidation d'environ 18 à 24 mois - Disposer d'une équipe multidisciplinaire : médecin ou une infirmière praticienne spécialisée ayant une expertise en médecine bariatrique, nutritionniste, travailleur social ou psychologue, kinésologue - Accès à des conseils en pharmacothérapie, au besoin
Activités de première ligne	<ul style="list-style-type: none"> - Aucune chirurgie bariatrique possible 	

ASA : American Society of Anesthesiologist; IMC : indice de masse corporelle

5.2 LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS DES CENTRES, DES MÉDECINS ET DES PROFESSIONNELS SELON LES NIVEAUX D'ACCÈS AUX SERVICES

Pour réfléchir à la situation souhaitable en termes de hiérarchisation des niveaux de services, le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL s'est donc inspiré de la revue de la littérature réalisée par l'équipe de l'UETMIS, et des travaux antérieurs ou en cours par plusieurs des membres du comité de travail interne pour le compte de l'IUCPQ-UL ou du MSSS. À l'unanimité, les membres du comité interne de l'IUCPQ-UL ont adopté les rôles présentés dans les tableaux 3 et 4.

L'IUCPQ-UL, comme centre d'excellence déjà reconnu dans la province par le MSSS, assumerait un double rôle, soit celui de centre tertiaire, mais également celui de centre responsable d'un réseau. Le tableau 3 présente les grandes lignes des rôles d'un centre tertiaire et d'un centre responsable de réseau en fonction des missions qui lui sont confiées.

La désignation universitaire confère à l'IUCPQ-UL une mission quadruple [147] : les soins axés sur l'utilisateur, l'enseignement, la recherche et l'ETMIS. En lien avec sa capacité à fournir des services surspécialisés aux usagers qui lui sont référés, mais également à la population, à offrir des équipements et des technologies sophistiqués et à proposer une expertise professionnelle hautement spécialisée, l'IUCPQ-UL endosse déjà son rôle de centre tertiaire pour la mission des soins liés à la chirurgie bariatrique. À cette offre s'ajoute la mission de recherche via l'opération d'un centre de recherche qui promeut la recherche fondamentale et clinique en obésité et qui innove en matière de prise en charge de l'obésité en expérimentant de nouvelles approches thérapeutiques. La mission d'enseignement inclut la participation active à la formation médicale universitaire en lien avec la prise en charge de l'obésité. Finalement, la mission d'ETMIS comprend l'évaluation des nouvelles technologies et pratiques, et la révision de pratiques existantes afin d'émettre des recommandations qui supporteront les prises de décision par les médecins, les gestionnaires et les professionnels.

Si le rôle de centre tertiaire apparaît clair et bien défini, l'appropriation du rôle de centre responsable de réseau sera à consolider pour l'IUCPQ-UL puisqu'il est actuellement quasi inexistant. Dans une perspective d'organisation en réseau, le centre responsable de réseau doit collaborer à structurer les trajectoires optimales des usagers entre les niveaux d'accès aux services. Pour ce faire, il participe notamment à la création de corridors de services bidirectionnels fluides permettant l'accessibilité des services du réseau aux usagers, de même que l'intégration de ces services en un continuum pour les usagers. Ces actions s'inscrivent parfaitement dans le principe de hiérarchisation tel que défini par le MSSS [120]. Outre sa mission de soins, le centre responsable de réseau a également des responsabilités en lien avec les autres missions universitaires. En effet, en termes de mission de recherche, il favorise la participation des usagers aux projets de recherche en diffusant l'information sur les protocoles actifs et assure la diffusion des nouvelles connaissances pour leur intégration dans la pratique clinique dans le réseau. Au niveau de l'enseignement, le centre responsable de réseau est entre autres responsable de diffuser les connaissances relatives aux meilleures pratiques cliniques, doit être proactif sur la reconnaissance et la pertinence des traitements de l'obésité en émergence et offre de la formation et des stages d'observation aux centres régionaux et aux activités de première ligne sur la prévention et les traitements de l'obésité. Finalement, pour remplir sa mission d'ETMIS, le centre responsable de réseau évalue la sécurité et l'efficacité des traitements offerts en obésité dans une perspective de réseau en vue de diffuser les recommandations émises et d'assurer un transfert de connaissances permettant l'intégration de celles-ci dans la pratique des centres régionaux et des activités de première ligne.

Le tableau 4 reprend les missions universitaires pour les centres régionaux et les activités de première ligne, même si ces centres ne sont pas assujettis à la réalisation de ces missions. Brièvement, les activités de première ligne visent à offrir une prise en charge médicale initiale de l'obésité chez les usagers en leur proposant notamment de participer à des programmes de modification des habitudes de vie, avec ou sans pharmacothérapie. Dans le contexte d'une chirurgie bariatrique, les activités de première ligne assistent les centres régionaux et le centre tertiaire dans les phases préopératoire et postopératoire à court terme des usagers (<2 ans) et partagent avec les centres régionaux et le centre tertiaire la prise en charge à long terme des usagers (>2 ans). Les centres régionaux sont responsables d'offrir une prise en charge médicale plus complète et encadrée aux usagers souffrant d'obésité, incluant une prise en charge chirurgicale des usagers souffrant d'obésité sévère considérés à faible risque.

Tableau 3. Sommaire des rôles et des responsabilités souhaités pour un centre tertiaire responsable d'un réseau.

	Centre tertiaire	Centre responsable du réseau (RUISSS UL)
Soins	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir les traitements médicaux et chirurgicaux selon les meilleures pratiques à tous les usagers indépendamment de leur poids et de leurs comorbidités - Disposer d'une équipe multidisciplinaire dédiée à la médecine et à la chirurgie bariatriques - Établir un partenariat avec les centres régionaux et les activités de première ligne pour la préparation et le suivi des usagers 	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer à structurer les trajectoires optimales des usagers entre les niveaux d'accès aux services - Créer des corridors de services bidirectionnels fluides entre les niveaux d'accès aux services - Répondre aux demandes des centres régionaux et des activités de première ligne, être concernés par leurs enjeux
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir la recherche fondamentale et clinique axée sur l'obésité - Innover en matière de prise en charge de l'obésité en expérimentant de nouvelles approches thérapeutiques - Participer activement à des protocoles de recherche fondamentale, clinique et évaluative en obésité 	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la participation des usagers aux projets de recherche en diffusant l'information sur les protocoles actifs dans le réseau - Diffuser les nouvelles connaissances issues de la recherche pour leur intégration dans la pratique clinique dans le réseau - Favoriser et supporter le développement de la recherche clinique dans les centres régionaux
Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> - Participer activement à la formation universitaire des étudiants en formation et gradués, des stagiaires postdoctoraux et des médecins en fellowship en lien avec l'obésité, et la médecine et la chirurgie bariatriques - Maintenir et mettre à jour de façon continue les connaissances des membres des équipes cliniques via des activités de formation continue, des ateliers et des conférences en lien avec l'offre thérapeutique en obésité 	<ul style="list-style-type: none"> - Diffuser les connaissances relatives aux meilleures pratiques cliniques et être proactifs sur les traitements en émergence - Mettre en place et contribuer à la réalisation un programme d'enseignement clinique en médecine et en chirurgie bariatriques - Offrir de la formation et des stages d'observation aux centres régionaux et aux activités de première ligne sur la prévention et les traitements de l'obésité
ETMISSS	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer l'implantation d'une nouvelle technologie, d'une nouvelle pratique ou la révision d'une pratique existante en lien avec les traitements de l'obésité à la lumière des données scientifiques disponibles - Produire des constats suite à la synthèse de la littérature scientifique et émettre des recommandations pour soutenir et conseiller les gestionnaires, les médecins et les professionnels dans leur prise de décision - Participer au comité de gouvernance et à la table en ETMISSS du RUISSS UL 	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la sécurité et l'efficacité des traitements offerts en obésité dans une perspective de réseau - Diffuser les rapports d'évaluation dans les établissements RUISSS UL pour partager les résultats avec le réseau - Proposer des outils pour assurer le transfert de connaissances dans tous les niveaux d'accès aux services du réseau

Tableau 4. Sommaire des rôles et des responsabilités souhaités pour les centres régionaux et les activités de première ligne.

	Centres régionaux	Activités de première ligne
Soins	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir une prise en charge médicale intensive des usagers souffrant d'obésité - Offrir une prise en charge chirurgicale des usagers souffrant d'obésité sévère considérés à faible risque - Disposer d'une équipe multidisciplinaire de médecine et de chirurgie bariatriques - Disposer d'un accès aux médecins spécialistes pour assurer une complémentarité et une continuité dans les soins et services offerts aux usagers dans leur région en lien avec les traitements de l'obésité 	<ul style="list-style-type: none"> - Prodiguer des soins de santé et des services de première ligne intégrés en collaboration interprofessionnelle - Offrir une prise en charge médicale des usagers souffrant d'obésité - Assister les centres régionaux et le centre tertiaire dans les phases préopératoire et postopératoire à court terme (< 2 ans) - Partager avec les centres régionaux et le centre tertiaire la prise en charge à long terme (> 2 ans) des usagers ayant subi une chirurgie bariatrique
Recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Développer des protocoles de recherche clinique en obésité - Participer à des protocoles de recherche clinique et évaluative en obésité - Contribuer au développement et à l'application des connaissances issues des résultats de la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à des protocoles de recherche clinique et évaluative en obésité - Contribuer au développement et à l'application des connaissances issues des résultats de la recherche
Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> - Participer à la formation universitaire des étudiants en formation et gradués en lien avec l'obésité, et la médecine et la chirurgie bariatriques - Utiliser les plateformes de formation continue, les ateliers et les conférences disponibles par le centre tertiaire - Permettre des stages d'observation pour les équipes de première ligne 	<ul style="list-style-type: none"> - Former et superviser les résidents en médecine de famille et les professionnels de la santé de différentes disciplines en lien avec la prévention et le traitement de l'obésité - Utiliser les plateformes de formation continue, les ateliers et les conférences disponibles par le centre tertiaire
ETMISSS	<ul style="list-style-type: none"> - Être représenté par un ambassadeur en ETMISSS qui participe à la table en ETMISSS du RUISSS UL - Collaborer aux projets d'évaluation émanant du centre tertiaire lorsque requis - Implanter les recommandations issues des évaluations provenant du centre tertiaire pour assurer un transfert des connaissances 	

5.3 LA TRAJECTOIRE PROPOSÉE POUR UNE OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES OPTIMALE

La démarche de proposition de la trajectoire optimale s'est essentiellement appuyée sur un processus scientifique à partir de la recension des données probantes issues des guides de pratique clinique, mais également sur la participation active des diverses parties prenantes au projet.

5.3.1 Question décisionnelle et question de recherche

Question décisionnelle :

Dans une perspective d'organisation des soins et des services en médecine bariatrique dans le RUISSS UL, quelle est la trajectoire optimale permettant une hiérarchisation des niveaux d'accès aux services dans la prise en charge et le traitement de l'obésité des adultes ?

Question de recherche :

Quelles sont les composantes essentielles à considérer dans la trajectoire de soins et de services pour favoriser l'efficacité et la sécurité de la prise en charge et du traitement de l'obésité chez les adultes ?

5.3.2 Recherche documentaire

Le tableau 5 résume les critères d'éligibilité, les limites ainsi que les indicateurs définis *a priori* utilisés pour effectuer la recherche documentaire en lien avec la question d'évaluation.

Une recension des publications scientifiques a été effectuée à partir de la base de données indexée Medline (PubMed), afin d'identifier les revues systématiques portant sur les guides de pratique clinique sur la prise en charge et les traitements de l'obésité chez les adultes. La stratégie de recherche qui a été utilisée est présentée à l'annexe D. En absence de revue(s) systématique(s), une recension des guides de pratique serait alors entreprise.

5.3.3 Sélection et évaluation de l'éligibilité des publications

La sélection des documents a été effectuée de manière indépendante par deux évaluateurs (K.B. et S.B.) selon les critères d'inclusion et les limites spécifiés au tableau 5. En cas de désaccord, l'avis d'un troisième évaluateur (Y.L.) était sollicité afin de parvenir à un consensus.

Tableau 5. Critères d'éligibilité des documents.

CRITÈRES D'INCLUSION	
Population	Adultes obèses (âge ≥ 18 ans, IMC ≥ 30 kg/m ²)
Intervention	Prise en charge et traitements de l'obésité
Professionnels	Médecins de famille, médecins spécialistes (internistes, cardiologues, pneumologues, endocrinologues, anesthésistes, chirurgiens), professionnels de la santé (nutritionnistes, infirmières, kinésiothérapeutes, etc.) et des services sociaux (travailleurs sociaux, psychologues, etc.)
Objectifs	Organisation des soins et des services dans la prise en charge de l'obésité
Contexte organisationnel	Pays industrialisés ayant un système de santé comparable à celui du Québec
Types de documents	Revue systématique des guides de pratique et recommandations sur la prise en charge et le traitement de l'obésité
LIMITES	
Langue	Français et anglais
Année de publication	2005 au 15 octobre 2019
CRITÈRES D'EXCLUSION	
Population	Populations autres que la clientèle adulte
Intervention	Programmes de santé publique Prise en charge exclusive du surpoids
Contexte organisationnel	Pays dont le système de santé n'est pas comparable à celui du Québec

5.3.4 Résultats de la recherche documentaire

La recherche documentaire a permis d'identifier deux revues systématiques récentes portant sur la recension des guides de pratique clinique de prise en charge et de traitements de l'obésité chez les adultes [148, 149].

La première revue systématique, publiée en 2018 par Reis et collègues [148], avait pour but d'évaluer la qualité des guides de pratique clinique sur la prise en charge de l'obésité chez les adultes à l'échelle internationale, publiés entre 1998 et 2016. Pour être éligibles, les documents identifiés devaient notamment avoir été élaborés par un organisme gouvernemental ou professionnel, afin de permettre une plus grande comparabilité des lignes directrices en termes de champ d'application et de ressources. Aucune barrière de langue n'a été appliquée pour déterminer l'éligibilité des documents. Cette démarche a permis d'identifier 21 guides de pratique provenant de l'Europe (n = 9), de l'Amérique du Nord (n = 6), de l'Amérique latine (n = 3), de l'Asie (n = 1) et de l'Océanie (n = 1), en plus d'un guide émanant d'une organisation mondiale. Tous ces guides de pratique clinique ont été évalués à l'aide de la grille *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II) qui permet d'analyser la rigueur méthodologique de l'élaboration des directives cliniques et des recommandations de pratique qu'ils contiennent [150]. Cet instrument d'évaluation contient 23 items distincts, regroupés en six domaines : portée et objet, participation des intervenants, rigueur de la mise en œuvre, clarté de la présentation, applicabilité et indépendance rédactionnelle. Dans chacun des domaines, les items sont cotés sur une échelle en sept points pour indiquer dans quelle mesure ils sont présents dans le guide. Cependant, la grille AGREE II ne détermine pas de score standard pour les domaines, ce qui fait en sorte que la note de chaque domaine peut être pondérée selon les priorités des évaluateurs pour déterminer une note globale au guide de pratique évalué. Dans ce cas-ci, les évaluateurs ont statué qu'une note globale entre 6.0 et 7.0 (sur 7) correspondait à un guide de pratique recommandé, qu'une note globale entre 4.0 et 5.9 correspondait à un guide de pratique recommandé avec des changements à y apporter, et qu'une note globale inférieure à 4.0 correspondait à un guide de pratique non recommandé.

Au total, la revue de la littérature a permis d'identifier 21 guides de pratique. À partir de la catégorisation définie a priori, sept guides de pratique étaient recommandés, et huit recommandés avec modifications. Parmi les guides de pratique recommandés, cinq étaient élaborés par des organismes gouvernementaux. Ainsi, le guide de pratique produit par le NHMRC en Australie a reçu des scores parfaits dans tous les domaines, suivi de près par les guides de pratique élaborés par le NICE en Angleterre et par le Ministère de la santé de l'Argentine, lesquels ont tous reçu la note globale de 7 sur 7. Il a été observé dans cette étude que les guides de pratique produits par les pays où la prévalence de l'obésité est faible (Italie, Norvège et Malaisie) présentaient les scores d'évaluation les plus bas, suggérant une priorisation plus faible de la condition par rapport à d'autres pays comme les États-Unis qui ont une prévalence d'obésité élevée. Cinq des 15 guides de pratique recensés par la revue systématique et recommandés selon l'évaluation ont d'ailleurs été publiés aux États-Unis. Les domaines ayant obtenu les meilleurs scores (médianes respectives supérieures à 90 %), étaient la portée et l'objet, et la clarté de la présentation, et ceux ayant les scores les plus faibles (médianes respectives inférieures à 75 %), étaient la participation des intervenants et l'applicabilité. Ce dernier domaine met en évidence le fait que les guides de pratique s'attardent peu aux mécanismes favorisant la mise en œuvre des pratiques cliniques recommandées, ce qui rend l'adhésion des utilisateurs aux recommandations plus difficile. Les auteurs ont conclu que la qualité des guides de pratique était hétérogène, et que le développement des guides et l'amélioration de leur qualité sont des processus continus qui nécessitent une évaluation systématique des guides de pratique existants et en cours de production.

Publiée en 2019 par Semlitsch et collègues [149], la seconde revue systématique avait pour objectif de recenser les recommandations et les lignes directrices internationales fondées sur les données probantes pour développer une trajectoire clinique en soins primaires structurée et supportée par les données probantes pour la gestion du surpoids et de l'obésité chez l'adulte. Afin d'être admissibles, les documents identifiés devaient cibler une population en surpoids ou obèse âgée d'au moins 18 ans, inclure des recommandations de diagnostic et/ou de thérapie pour l'embonpoint ou l'obésité, être publiés dans un pays industrialisé, présenter un processus de développement incluant une recherche systématique des évidences et avoir été publiés entre 2011 et 2016. L'évaluation des documents sélectionnés a été réalisée à l'aide de la grille AGREE II [150] et les guides de pratique ont été classés comme étant de bonne qualité lorsque leur score global était égal ou supérieur à 6 (sur 7), de qualité modérée lorsque leur score global était entre 4 et 5,9, et de faible qualité lorsque leur score global était inférieur à 4.

La recherche documentaire a conduit à la sélection de 31 publications décrivant 19 guides de pratique. Cinq documents étaient considérés de faible qualité. Les lignes directrices produites par le NHMRC en Australie occupent le premier rang avec un score global de 7. Dans les quatre autres guides de pratique évalués comme étant de bonne qualité, trois ont été publiés par des institutions américaines. Tel que rapporté dans la revue de Reis et collègues [148], les domaines ayant reçu les scores les plus élevés sont la portée et l'objet, et la clarté de la présentation, alors que le domaine de l'applicabilité recevait le score le plus faible. Neuf des guides de pratique inclus ont abordé des sujets liés à la gestion du surpoids et de l'obésité dans son ensemble, alors que les autres portaient sur des sujets particuliers de la gestion du poids comme les interventions nutritionnelles, les interventions en modification des habitudes de vie, la pharmacothérapie, la chirurgie bariatrique et la prévention de l'obésité. Toutes les recommandations considérées pertinentes pour les médecins omnipraticiens ont été extraites des lignes directrices incluses, ainsi que leurs grades respectifs de recommandation, le cas échéant. Afin de permettre la comparaison des approches adoptées dans les guides de pratique pour définir la force des recommandations, les auteurs ont mis au point un système de gradation normalisé du niveau de preuve où les recommandations étaient classées comme forte, modérée, faible et très faible, ou identifiées comme relevant d'un consensus d'experts. Les 711 recommandations extraites ont été regroupées selon neuf thèmes : recommandations générales, diagnostic et évaluation complémentaire, comorbidités, recommandations générales liées aux interventions en modification des habitudes de vie, interventions nutritionnelles, activité physique, interventions comportementales, pharmacothérapie et chirurgie bariatrique. Près de la moitié des recommandations ont été classées comme fortes (44 %), alors que 19 %, 14 % et 2 % étaient classées comme modérées, faibles et très faibles, respectivement. Le reste des recommandations (21 %) relevait de consensus d'experts. À la suite de cette synthèse structurée des recommandations issues de ces guides de pratique clinique, les auteurs ont réalisé un aperçu des recommandations clés sur la gestion du surpoids et de l'obésité chez les adultes dans les pays développés (tableau 6). Cependant, au terme de cette analyse des lignes directrices, les auteurs ont conclu qu'ils n'étaient pas en mesure de définir clairement les éléments de la gestion du surpoids et de l'obésité qui devraient être dispensés dans

quel environnement de soins de santé ou dans quel niveau d'accès aux services, notamment parce que les guides de pratique sont produits par différentes nations où les structures des systèmes de soins de santé sont différentes. Tel que mentionné dans une section précédente (section 3.2), les recommandations émises dans les guides de pratique doivent donc être adaptées selon le financement et la structure du système de santé dans chaque pays.

Tableau 6. Aperçu des recommandations clés émanant des guides de pratique sur la gestion du surpoids et de l'obésité chez l'adulte dans les pays développés.

L'obésité devrait être traitée comme une maladie chronique.
Le surpoids et l'obésité doivent être gérés par une équipe multidisciplinaire.
L'IMC devrait être utilisé comme mesure de routine pour le diagnostic.
Un IMC ≥ 25 kg/m ² et < 30 kg/m ² est associé à un risque accru de maladie cardiovasculaire et un IMC ≥ 30 kg/m ² à un risque accru de maladie cardiovasculaire et de mortalité.
La circonférence de taille doit être utilisée comme mesure supplémentaire pour évaluer le risque de développer des problèmes de santé à long terme liés à l'obésité.
Une intervention multifactorielle complète visant à améliorer le mode de vie pendant au moins 6 à 12 mois, qui comprend une réduction de l'apport en calories, une augmentation de l'activité physique et des mesures visant à favoriser un changement de comportement, est essentielle pour traiter le surpoids et l'obésité.
Le traitement pharmacologique pour la réduction de poids n'est recommandé qu'en complément des interventions axées sur le mode de vie.
Lorsque toutes les interventions non chirurgicales ont échoué, la chirurgie bariatrique peut être une option de traitement pour les personnes ayant un IMC d'au moins 35 kg/m ² .
À la suite, d'une chirurgie bariatrique, des soins et un suivi à long terme doivent être fournis.

5.3.5 Sélection des guides de pratique clinique pour la proposition de trajectoire

À partir des guides de pratique clinique sélectionnés par les deux revues systématiques précédemment décrites, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été appliqués pour resserrer le choix des lignes directrices à inclure pour supporter la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services sur le territoire du RUISSS UL.

Ainsi, tous les guides de pratique qui ont obtenu un score global égal ou supérieur à 4 (qualité considérée modérée à bonne) selon l'évaluation réalisée par les deux revues systématiques à partir de la grille AGREE II ont été inclus, alors que les guides centrés sur la prévention de l'obésité et rédigés dans une langue autre que le français et l'anglais ont été exclus.

Le tableau 7 recense les caractéristiques des 15 guides de pratique qui ont été retenus après l'application des critères d'inclusion et d'exclusion. Ces guides de pratique, publiés entre 1998 [151] et 2018 [152], ont été développés et produits par des institutions aux États-Unis (n = 7) [50, 51, 63, 151-154], au Royaume-Uni (n = 3) [71, 74, 155], au Canada (n = 2) [4], en Australie (n = 1) [132], en France (n = 1) [129] et en Espagne (n = 1) [156]. Dix des guides de pratique sélectionnés abordent tous les sujets liés à la prise en charge du surpoids et de l'obésité [4, 50, 63, 71, 74, 132, 151, 153, 154, 157], alors que les autres documents sont plus spécifiques aux interventions en modification des habitudes de vie (n = 3) [129, 152, 155], aux interventions nutritionnelles (n = 1) [156] et à la chirurgie bariatrique (n = 1) [51].

Tableau 7. Caractéristiques des guides de pratique de prise en charge de l'obésité retenus pour la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services.

Guide de pratique	Année	Titre	Organisme	Pays	Évaluation globale (AGREE II)	
					Reis [148]	Semitsch [149]
NHMRC [132]	2013	Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia	Australian Government, NHMRC, Department of Health	Australie	7	7
NICE [71]	2014	Obesity: identification, assessment and management (CG189)	NICE / National Clinical Guideline Centre	Angleterre (Royaume-Uni)	7	5,5
HAS [129]	2011	Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours	HAS	France	6,5	N/A
ICSI [153]	2013	Prevention and management of obesity for adults	Institute for Clinical Systems Improvement	États-Unis	6	4,5
CTF [157]	2015	Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care	Canadian Task Force on Preventive Health Care	Canada	N/A	6
USPTF [152]	2018	Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults	United States Preventive Services Task Force	États-Unis	N/A	6
SIGN [74]	2010	2010 Management of Obesity – A National Clinical Guideline	SIGN	Écosse (Royaume-Uni)	5,5	N/A
VA/DoD [154]	2014	Screening and management of overweight and obesity	Department of Veterans Affairs / Department of Defense, The Management of Overweight and Obesity Working Group	États-Unis	5,5	5,5
Canada [4]	2007	2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children	CMAJ	Canada	5	N/A
AHA [63]	2014	Guideline for the management of overweight and obesity in adults	AHA / ACC / TOS	États-Unis	5	6
AACE [50]	2016	Comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity	AACE / ACE	États-Unis	5	5,5
AACE [51]	2013	Clinical Practice Guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 Update	AACE / TOS / ASMBS	États-Unis	N/A	5,5
NICE [155]	2014	Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults (PH53)	NICE / National Clinical Guideline Centre	Angleterre (Royaume-Uni)	N/A	5
NHLBI [151]	1998	Clinical guidelines in the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults	National Heart, Lung, and Blood Institute / National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases	États-Unis	4	N/A

Guide de pratique	Année	Titre	Organisme	Pays	Évaluation globale (AGREE II)	
					Reis [148]	Semlitsch [149]
FESNAD [156, 158]	2012	Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults	Spanish Federation of Nutrition, Food and Dietetic Association / Spanish Association for the Study of Obesity	Espagne	N/A	4

AACE : American Association of Clinical Endocrinologists; ACC : American College of Cardiology; ACE : American College of Endocrinology; AHA : American Heart Association; ASMBS : American Society for Metabolic and the Bariatric Surgery; CMAJ : Canadian Medical Association Journal; CTF : Canadian Task Force; FESNAD : Spanish Federation of Nutrition, Food and Dietetic Associations; HAS : Haute Autorité de Santé; ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement; NHLBI : National Heart, Lung, and Blood Institute; NHMRC : National Health and Medical Research Council; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; TOS : The Obesity Society; USPTF : United States Preventive Services Task Force; VA/DoD : Department of Veterans Affairs / Department of Defense

5.3.6 **Appréciation de la qualité des revues systématiques**

La qualité des deux revues systématiques a été jugée satisfaisante, car elles présentaient une stratégie exhaustive des guides de pratique clinique, de même qu'une sélection de documents basée sur des critères d'inclusion et d'exclusion définis *a priori*. Dans les deux revues systématiques, les auteurs ont procédé à une évaluation de la qualité des guides de pratique d'après les critères de la grille AGREE II. Dans l'ensemble, les guides de pratique inclus dans ces revues systématiques étaient facilement identifiables et leurs caractéristiques étaient bien décrites. L'absence de conflits d'intérêts est spécifiée dans les deux revues.

L'évaluation des guides de pratique à l'aide de l'outil AGREE II par Reis et collègues [148], et par Semlitsch et collègues [149] a mis en évidence le fait que la plupart d'entre eux n'émettent pas de recommandations en lien avec la mise en œuvre des lignes directrices et ne décrivent pas les facilitateurs et les obstacles à l'application de ces lignes directrices. Dans les deux revues systématiques, la plupart des guides de pratique disponibles au niveau international ont obtenu un faible score pour le domaine portant sur l'applicabilité, ce qui suggère que cette limite est assez généralisée.

5.3.7 **Extraction des recommandations à considérer dans la trajectoire**

Toutes les recommandations des guides de pratique retenus ont été revues pour identifier celles qui peuvent aider à supporter la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services. La méthode d'extraction des recommandations s'inspire de la démarche analytique QOQCP (Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ?), d'après la version anglaise des *Five W's* («cinq W», pour «Who, What, Where, When, Why?», ou «who did what, where, when, and why?»), couramment utilisée en journalisme, mais également applicable en gestion de projet. Le but de cette méthode est de produire une collecte exhaustive et rigoureuse de données en adoptant une démarche basée sur un questionnement des caractéristiques fondamentales d'une situation. Ainsi, les recommandations qui répondaient à au moins une de ces questions ont été retenues. Les recommandations ont également été extraites en considérant que la trajectoire proposée est macroscopique et vise à définir les interactions entre les niveaux d'accès aux services, plutôt que microscopique avec les détails spécifiques aux programmes de gestion de poids (évaluations, analyses sanguines, tests d'imagerie, etc.). Les recommandations destinées au système de santé dans son ensemble, comme les stratégies de santé publique, ont été exclues. De plus, les recommandations s'adressant explicitement aux enfants et aux adolescents n'ont pas été considérées. Celles qui mentionnaient à la fois les adultes et les enfants/adolescents

ont été adaptées. Les grades des recommandations, et les niveaux de preuve lorsque disponibles, ont également été extraits, même si les guides de pratique utilisent des approches différentes pour évaluer la force de leurs recommandations.

Les recommandations extraites des guides de pratique ont d'abord été regroupées par catégorie, puis un schéma de la trajectoire entre les niveaux d'accès aux services a été produit. Par la suite, les catégories de recommandations ont été associées à des étapes définies par des puces numérotées sur la trajectoire proposée. Dans certains cas, les catégories ont été subdivisées pour mieux correspondre aux étapes de la trajectoire proposée. Le tableau 8 présente le nombre de recommandations considérées pour chacun des guides de pratique sélectionnés.

Tableau 8. Nombre de recommandations considérées pour la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services en fonction des guides de pratique sélectionnés.

Guide de pratique	Année	Titre	Nombre de recommandations considérées
NHMRC [132]	2013	Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia	16
NICE [71]	2014	Obesity: identification, assessment and management (CG189)	49
HAS [129]	2011	Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours	24
ICSI [153]	2013	Prevention and management of obesity for adults	5
CTF [157]	2015	Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioral and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care	4
USPTF [152]	2018	Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults	1
SIGN [74]	2010	2010 Management of Obesity – A National Clinical Guideline	28
VA/DoD [154]	2014	Screening and management of overweight and obesity	39
Canada [4]	2007	2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children	20
AHA [63]	2014	Guideline for the management of overweight and obesity in adults	15
AACE [50]	2016	Comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity	35
AACE [51]	2013	Clinical Practice Guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient—2013 Update	25
NICE [155]	2014	Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults (PH53)	8
NHLBI [151]	1998	Clinical guidelines in the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults	23
FESNAD [156]	2012	Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults	8

AACE : American Association of Clinical Endocrinologists; ACC : American College of Cardiology; ACE : American College of Endocrinology; AHA : American Heart Association; ASMBS : American Society for Metabolic and the Bariatric Surgery; CMAJ : Canadian Medical Association Journal; CTF : Canadian Task Force; FESNAD : Spanish Federation of Nutrition, Food and Dietetic Associations; HAS : Haute Autorité de Santé; ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement; NHLBI : National Heart, Lung, and Blood Institute; NHMRC : National Health and Medical Research Council; NICE : National Institute for Health and Care Excellence; SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network; TOS : The Obesity Society; USPTF : United States Preventive Services Task Force; VA/DoD : Department of Veterans Affairs / Department of Defense

Lorsque les étapes de la trajectoire ne pouvaient pas être associées à des catégories de recommandations, d'autres sources documentaires externes ont permis de compléter les étapes de la trajectoire non documentées dans les guides de pratique. Ces documents incluaient les documents issus de consultations de comités d'experts en médecine bariatrique mandaté par le MSSS, les trajectoires fournies par les centres ayant déjà un programme de chirurgie bariatrique lors de l'enquête sur la pratique de la médecine et de la chirurgie bariatriques dans le RUISSS UL, le cadre de référence de la clinique médico-chirurgicale du traitement de l'obésité du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) [159] et le cadre de référence pour la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques en Estrie – Volets cardio-métabolique et respiratoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS [160].

5.3.8 Proposition de trajectoire basée sur les meilleures pratiques cliniques de prise en charge de l'obésité

La plupart des guides mentionnent que l'obésité est une maladie chronique [50, 51, 63, 71, 129, 153-155, 157], tel que supporté par plusieurs organisations médicales [2, 24, 161, 162]. Cependant, un seul guide de pratique inclut une recommandation sur le fait que les modalités et l'intensité des interventions en matière de gestion de l'obésité devraient être basées sur les trois phases de prévention et de traitement des maladies chroniques, i.e. la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire [50] (niveau faible).

Le tableau 9 fournit une synthèse des recommandations extraites de chacun des guides de pratique sélectionnés et intégrées aux étapes définies dans la proposition de trajectoire optimale. L'extraction exhaustive des recommandations considérées est présentée dans l'annexe E. La cartographie de la trajectoire intitulée « Trajectoire d'organisation de soins en médecine bariatrique sur les territoires du réseau universitaire intégré en santé et services sociaux de l'Université Laval » est disponible dans un document en format A3 joint au présent rapport.

Tableau 9. Synthèse des recommandations issues des guides de pratique selon les étapes de la proposition de trajectoire optimale entre les niveaux d'accès aux services.

Étape de la trajectoire*	Synthèse des recommandations des guides de pratique retenus
1	L'IMC devrait être la mesure de routine pour classer le surpoids (IMC entre 25 et 29.9 kg/m ²) et l'obésité (IMC >30 kg/m ²) [4, 50, 63, 71, 74, 132, 151, 153, 154, 157]. Il est toutefois recommandé d'interpréter avec prudence l'IMC, en tenant compte de l'âge, du sexe, de l'ethnicité et de la masse musculaire de l'utilisateur [50, 71, 153]. Il devrait être discuté avec l'utilisateur que le surpoids et l'obésité sont associés à une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire et que l'obésité est associée à une augmentation de la mortalité de toute cause [63]. Il est suggéré que le médecin (omnipraticien ou spécialiste) utilise son jugement clinique pour décider du moment approprié pour évaluer l'IMC, en saisissant toutes les opportunités possibles de le faire [71]. La mesure de l'IMC devrait néanmoins être réalisée sur une base régulière [129], ou au moins annuelle [50, 63, 153, 154].
2	La mesure de la circonférence de taille (à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque [129]) sert à raffiner l'évaluation du risque de comorbidités; elle est donc complémentaire à la mesure de l'IMC [4, 50, 74, 132, 151, 153] lorsque celle-ci est inférieure à 35 kg/m ² [50, 71, 129, 151]. Il devrait être discuté avec l'utilisateur qu'une circonférence de taille augmentée (≥94 cm chez l'homme et ≥80 cm chez la femme [50, 71, 153]) est associée à une augmentation du risque de maladie cardiovasculaire, de diabète de type II et de mortalité de toute cause [63]. Il est toutefois recommandé d'interpréter avec prudence la circonférence de taille selon l'ethnicité de l'utilisateur [50].
3	Selon le jugement clinique du médecin (omnipraticien ou spécialiste), la présence et la sévérité des comorbidités devraient être investiguées [4, 50, 51, 71, 74], particulièrement lorsque la circonférence de taille est au-delà des limites (voir étape 2) [154]. Tous les facteurs susceptibles de contribuer à l'obésité devraient être considérés [4, 71, 154].
4	Les comorbidités devraient être prises en charge [71, 129], indépendamment de la thérapie de perte de poids envisagée [71].

Étape de la trajectoire*	Synthèse des recommandations des guides de pratique retenus
5	<p>La prise en charge de l'obésité nécessite l'implication d'une équipe multidisciplinaire [4, 50, 63, 71, 74, 129, 155]. L'importance des qualifications et des compétences des professionnels qui la composent est d'ailleurs soulignée. Généralement, cette équipe devrait être constituée de médecins omnipraticiens ou spécialistes, de nutritionnistes, de kinésologues ou autres professionnels de l'activité physique, et de psychologues ou autres professionnels de la santé mentale.</p>
6	<p>Discuter avec l'usager de sa disposition à modifier ses habitudes de vie [4, 74, 132, 151, 155] et utiliser l'entretien motivationnel pour encourager le changement de comportement chez l'usager obèse [74, 151, 153].</p> <p>Le niveau d'intervention devrait être basé sur le niveau de risque et les avantages potentiels pour la santé [50, 71, 154]. L'usager devrait donc être pris en charge de façon plus étroite en présence de comorbidités [71]. L'objectif thérapeutique peut varier entre la perte de poids ou la limitation de la prise de poids [129], en considérant que la stabilisation du poids peut représenter un objectif intéressant pour les usagers obèses qui sont en situation d'échec thérapeutique [129].</p> <p>Une perte de poids modérée d'environ 5 à 20 % par rapport au poids initial [50, 63, 74, 129, 132, 151] (avec en moyenne une perte de poids de 1 à 2 kg par mois [129, 151]) est conseillée chez les usagers obèses, car elle réduit notamment les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire [50, 63, 74, 132, 151], et améliore la qualité de vie, l'estime de soi et les symptômes dépressifs [50, 74, 132]. Il faut considérer que la mesure du succès d'une thérapie de perte de poids devrait inclure des mesures d'amélioration des comorbidités, au-delà de la perte de poids en tant que telle [50, 74].</p> <p>Pour les usagers qui ne sont pas encore prêts à modifier leurs habitudes de vie, il est suggéré de leur offrir la possibilité de revenir pour des consultations supplémentaires lorsqu'ils sont disposés à discuter à nouveau de leur poids et prêts à modifier leur mode de vie [71].</p>
7	<p>La prise en charge de l'obésité devrait être fondée sur les principes d'éducation thérapeutique de l'usager [4, 50, 129]. Les programmes d'intervention en modification des habitudes de vie destinés aux adultes en surpoids ou obèses devraient inclure de l'éducation nutritionnelle (diminution de l'apport énergétique), des conseils en activité physique (augmentation de la dépense énergétique), une approche psychologique [4, 50, 63, 71, 74, 132, 151, 152, 154-157], de même qu'une approche d'autogestion [132].</p> <p>De façon générale, l'aspect nutritionnel est abordé par différentes diètes visant la réduction de l'apport énergétique (diètes faibles, très faibles ou ultra faibles en calories, remplacement ou substitution de repas, etc.). Le volet activité physique vise l'augmentation de la dépense énergétique (au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée réparties en 3 à 5 sessions, combinées à un entraînement en résistance à raison de 2 à 3 fois par semaine). Les interventions comportementales incluent la thérapie et d'éducation (autogestion du poids, de l'apport alimentaire et de l'activité physique, soutien psychologique, réduction du stress, approches systématiques en résolution de problèmes, etc.).</p>
8	<p>La pharmacothérapie pour le traitement de l'obésité devrait être proposée aux usagers obèses lorsque les avantages potentiels l'emportent sur les risques [50]. Le traitement pharmacologique devrait être envisagé uniquement si des interventions en modification des habitudes de vie, incluant l'aspect nutritionnel, de l'activité physique et une approche comportementale, ont été initiées [50, 71, 74, 132, 151]. Ce traitement constitue donc une approche complémentaire aux interventions en modification des habitudes de vie en permettant au moins le maintien du poids, ou une plus grande perte de poids [50, 71].</p> <p>Chez les adultes avec un IMC ≥ 30 kg/m², ou avec un IMC ≥ 27 kg/m² en présence de comorbidités [71, 132, 151, 154], le traitement pharmacologique doit être envisagé chez ceux qui ont atteint leur objectif de perte de poids afin de favoriser le maintien de leur poids [154], chez ceux qui n'ont pas atteint leur objectif de perte de poids, ou ceux qui ont atteint un plateau en ce qui concerne les changements nutritionnels, d'activité physique et de comportement [4, 71].</p> <p>Dans tous les cas, le choix de la médication optimale pour la perte ou le maintien du poids doit tenir compte des différences d'efficacité, des effets secondaires, des mises en garde et des avertissements caractérisant les médicaments approuvés pour le traitement chronique de l'obésité, ainsi que de la présence de comorbidités et d'antécédents médicaux [50, 151]. De plus, les effets du traitement médicamenteux doivent être surveillés attentivement et le médecin doit renforcer les conseils en matière de modification des habitudes de vie et l'observance au traitement par le biais d'un examen régulier [71].</p>

Étape de la trajectoire*	Synthèse des recommandations des guides de pratique retenus
9	<p>La chirurgie bariatrique devrait faire partie d'un processus clinique global de gestion du poids chez l'adulte [51, 74].</p> <p>La chirurgie bariatrique est une option de traitement pour les adultes dont l'IMC est ≥ 40 kg/m² ou ceux dont l'IMC est ≥ 35 kg/m² et dont les comorbidités peuvent s'améliorer avec la perte de poids [4, 50, 51, 63, 71, 74, 132, 151, 154]. Les usagers qui sont orientés vers la chirurgie bariatrique devraient également avoir essayé toutes les mesures non chirurgicales appropriées (interventions en modification des habitudes de vie et traitement pharmacologique) sans atteinte de perte ou de maintien du poids cliniquement satisfaisant et s'engager dans un suivi à long terme [4, 63, 71, 74, 154].</p> <p>Bien que les preuves actuelles soient limitées par le nombre d'usagers étudiés et le manque de données à long terme démontrant un bénéfice net, la chirurgie bariatrique pourrait être considérée chez les usagers dont l'IMC est ≥ 30 kg/m². Les cibles thérapeutiques pour cette clientèle sont le contrôle du poids, l'amélioration des marqueurs du risque cardiovasculaire et/ou le contrôle glycémique en présence de diabète de type II [50, 51].</p> <p>Les données probantes actuelles sont insuffisantes pour évaluer les bénéfices et les inconvénients d'une chirurgie bariatrique en complément d'une intervention en modification des habitudes de vie visant la perte de poids ou l'amélioration des comorbidités chez les usagers de plus de 65 ans [151, 154].</p> <p>La chirurgie bariatrique demeure l'option de choix (au lieu des interventions axées sur le mode de vie ou du traitement médicamenteux) chez les adultes ayant un IMC supérieur à 50 kg/m² lorsque les autres interventions n'ont pas été efficaces [71].</p>
10	<p>Les usagers devraient recevoir du matériel éducatif et avoir accès à des séances de discussion sur les avantages et les risques potentiels de la chirurgie bariatrique [154], et à des séances de formation préopératoire [51].</p>
11	<p>La prise en charge de l'obésité nécessite l'implication d'une équipe multidisciplinaire, d'où l'importance des qualifications et des compétences des professionnels qui la composent [4, 50, 63, 71, 74, 129, 155]. Généralement, cette équipe devrait être constituée de médecins omnipraticiens ou spécialistes (chirurgien pour le volet chirurgical) selon la clientèle cible du guide de pratique, de nutritionnistes, de kinésologues ou autres professionnels de l'activité physique, et de psychologues ou autres professionnels de la santé mentale.</p>
12	<p>Les programmes de perte de poids et de maintien du poids offerts avec une fréquence soutenue de contacts entre l'usager et le médecin traitant pendant une période prolongée devraient être utilisés lorsque possible [151].</p> <p>Les programmes de perte de poids devraient être offerts de façon intensive pendant les 3 à 12 premiers mois à raison d'au moins un contact par mois [63, 132, 154]. Ces programmes devraient être suivis de programmes de maintien du poids [151] pour une durée d'environ un an [63].</p> <p>L'IMC de l'usager devrait être évalué régulièrement pour documenter les changements de poids et les comorbidités [50]. Le plan de traitement d'un usager qui perd en moyenne moins de 0.5 livres par semaine devrait être réévalué [154].</p> <p>Même si les programmes offerts par téléphone ou par internet peuvent résulter en une perte de poids plus faible, ils devraient être considérés comme des options pour les usagers obèses [63, 74].</p>
13	<p>Une évaluation préopératoire complète de tout facteur clinique ou psychologique pouvant affecter le respect des exigences en matière de soins postopératoires (telles que des modifications du régime alimentaire) devrait être réalisée avant de procéder à la chirurgie [50, 51, 71]. Cette évaluation doit notamment inclure les antécédents médicaux complets, les antécédents psychosociaux, un examen physique et des tests de laboratoire appropriés pour évaluer adéquatement le risque chirurgical [51].</p>
14	<p>Il n'y a pas suffisamment de preuves pour recommander un type de chirurgie bariatrique en particulier [51]. Le meilleur choix pour toute procédure bariatrique, que ce soit le type de procédure ou le type d'approche, dépend donc des objectifs individuels de la thérapie (par exemple, perte de poids et / ou contrôle métabolique [glycémique]), de l'expertise locale/régionale disponible (chirurgien et institution), de l'usager et des préférences et de la stratification personnalisée du risque [51, 63, 71]. Le chirurgien devrait discuter avec l'usager du choix en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs [71].</p>
15	<p>Offrir aux usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique un suivi médical d'au moins deux ans au sein du service bariatrique, incluant un suivi des apports nutritionnels (notamment en protéines [156] et en vitamines) et des carences en minéraux, un suivi des comorbidités, la révision des médicaments, une évaluation, des conseils et du soutien pour l'aspect nutritionnel, des conseils et du soutien en matière d'activité physique, et un soutien psychologique adapté à l'individu [71, 74].</p> <p>La fréquence du suivi dépend de la procédure bariatrique pratiquée et de la gravité des comorbidités [51].</p>
16	<p>Tous les usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique devraient être encouragés à participer à des groupes de soutien dirigés par des professionnels de la santé ou par les pairs [51, 71].</p>

Étape de la trajectoire*	Synthèse des recommandations des guides de pratique retenus
17	Après la chirurgie bariatrique, l'usager devrait bénéficier d'un suivi à vie pour la surveillance des effets indésirables et des complications, des restrictions nutritionnelles, du respect des habitudes de vie permettant de contrôler le poids, incluant l'activité physique, et de la santé psychologique [51, 154]. En fait, tous les usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique devraient continuer à être traités par une intervention intensive en modification des habitudes de vie [50].
18	Après le suivi en milieu hospitalier, s'assurer que tous les usagers bénéficient d'au moins une visite annuelle pour l'évaluation de leur état nutritionnel et de la supplémentation appropriée en fonction des besoins après la chirurgie bariatrique dans le cadre d'un modèle de prise en charge partagée [71]. Pour ce faire, les informations liées au plan de traitement de l'usager devraient être partagées adéquatement [155].

6. LES CONSTATS SUR L'ORGANISATION DE LA MÉDECINE BARIATRIQUE

L'analyse de l'ensemble des informations disponibles permet d'effectuer la comparaison entre la situation telle qu'elle est vécue actuellement et une situation souhaitable par tous les partenaires du projet, tout en étant fondée sur les données probantes. L'analyse de l'écart entre ces deux situations a permis de formuler les constats suivants.

6.1 LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DE L'OBESITE EST APPUYEE PAR PLUSIEURS GUIDES DE PRATIQUE BASES SUR DES EVIDENCES SCIENTIFIQUES.

Au total, 30 guides de pratique en lien avec la prise en charge globale de l'obésité ont pu être recensés. Plusieurs guides de pratique sont spécifiques à certains traitements de l'obésité, alors que d'autres ont émis des recommandations sur l'ensemble de traitements de l'obésité. Selon les deux revues systématiques incluses dans le rapport [148, 149], la majorité des guides de pratique sont de bonne qualité, notamment par rapport à la recherche systématique de preuves scientifiques et les méthodes utilisées pour formuler les recommandations. Dans l'ensemble, les meilleures pratiques cliniques sont donc bien documentées et supportées par les données probantes.

Une analyse de l'environnement canadien des programmes de gestion de l'obésité chez les adultes a été publiée en 2014 [163] dans le but d'évaluer dans quelle mesure ces programmes se conforment aux recommandations du guide de pratique canadien sur la prise en charge de l'obésité [4]. Les programmes non-chirurgicaux ayant reçu un financement public ainsi que les programmes privés à but lucratif ont été classés en fonction de leur contexte : 1) les services offerts dans la communauté comme l'éducation en groupe ou des séances d'exercices étaient les programmes de soins communautaires, 2) les programmes qui incluaient une évaluation individuelle et du counseling par un professionnel de la santé (médecin, nutritionniste, etc.) dans un milieu de soins primaires étaient les programmes de soins de santé primaires, et 3) les programmes offerts en milieu hospitalier étaient les programmes hospitaliers. Les programmes chirurgicaux ont également été recensés et inclus dans l'évaluation. Non seulement il s'avère que les programmes de gestion du poids sont rares au Canada (environ neuf programmes par million de personnes en surpoids ou obèses), mais aucun de ces programmes n'adhère entièrement aux recommandations du guide de pratique canadien [4] en termes d'évaluation initiale de l'usager obèse. Cette comparaison entre les programmes et les recommandations portait spécifiquement sur les sept indicateurs suivants : mesure de l'IMC, mesure de la circonférence de taille, évaluation de l'état de préparation aux changements, histoire médicale complète et examen physique, mesure de la glycémie à jeun et du profil lipidique, investigations métaboliques additionnelles (enzymes hépatiques, analyse d'urine, étude de sommeil), et dépistage de troubles alimentaires, dépression et autres désordres psychiatriques. Les programmes chirurgicaux étaient ceux qui satisfaisaient le mieux les recommandations avec l'atteinte de cinq critères sur sept, suivis par les programmes de soins de santé primaires avec quatre critères sur sept. De plus, seulement 30 % des programmes de soins de santé primaires, hospitaliers et chirurgicaux disposaient d'une équipe multidisciplinaire composée d'un professionnel de la santé responsable de la coordination des soins coordonnateur (un médecin omnipraticien, un médecin spécialiste ou une infirmière autorisée), un nutritionniste, un spécialiste de l'activité physique et un professionnel de la santé mentale tel que recommandé par le guide de pratique canadien de prise en charge de l'obésité [4].

Par ailleurs, dans une autre étude canadienne publiée en 2012 [164], les usagers souffrant d'obésité ont été sondés afin de documenter si leurs expériences de gestion de poids reflétaient les recommandations qui apparaissent dans le guide de pratique canadien de prise en charge de l'obésité [4]. Parmi les répondants en surpoids ou obèses, seulement 30 % d'entre eux ont été invités à perdre du poids sans qu'ils aient expressément demandé des conseils à ce propos à leur médecin. Lorsque les répondants en surpoids ou obèses ont demandé l'aide d'un professionnel de la santé pour perdre du poids, 4 % ont déclaré n'avoir reçu aucun conseil, 68 % ont reçu des conseils nutritionnels, 62 % ont reçu des conseils en matière d'exercice et 12 % ont été invités à participer à un programme de perte de poids ou à prendre

des substituts de repas ou des suppléments, et 4 % ont reçu une prescription pour un médicament anti-obésité. Par rapport aux recommandations du guide de pratique canadien [4], 18 % des répondants obèses ont déclaré que leur circonférence de taille a été mesurée, 88 % ont mentionné que leur tension artérielle a été vérifiée, et 50 % ont indiqué avoir passé un test de dépistage du diabète.

Ces deux études [163, 164] démontrent que les recommandations fondées sur les données probantes [4] sont appliquées de façon hétérogène dans le pays. Cette pratique médicale diversifiée souligne la difficulté de traduire les données scientifiques en des services de santé efficaces pour la gestion de l'obésité chez les adultes.

6.2 L'ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE A PERMIS DE CONSTATER L'ABSENCE DE RESEAU OU DE STRUCTURE FORMELLE DEMONTRANT L'ORGANISATION DE LA MEDECINE BARIATRIQUE DANS LE RUISSS UL.

Le portrait de la situation actuelle a été brossé par le biais de deux enquêtes sur le terrain : une première enquête dans les centres qui offrent un programme de chirurgie bariatrique sur le territoire du RUISSS UL et une deuxième auprès des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique.

L'enquête dans les centres qui proposent un programme de chirurgie bariatrique a permis de mettre en évidence que :

- aucune des trajectoires proposées aux usagers par les centres n'impliquent la première ligne d'accès aux services;
- il y a peu d'alternatives de prise en charge de l'obésité qui sont offertes aux usagers pendant la période d'attente suivant l'inscription pour une chirurgie bariatrique;
- les intervenants comme les travailleurs sociaux, les psychologues, et les kinésithérapeutes sont peu présents dans les équipes d'investigation préopératoire et encore moins lors du suivi postopératoire de chirurgie bariatrique;
- la chirurgie de gastrectomie est la chirurgie la plus populaire, mais son suivi postopératoire est très hétérogène parmi les centres;
- peu de centres ont mis en place de réels mécanismes en cas de regain de poids suivant la chirurgie bariatrique, en dehors d'une réévaluation de l'utilisateur par l'équipe du programme;
- tous les centres sont conscients des forces de leur programme, et sont concernés par ce qui doit être amélioré dans leur prise en charge de l'obésité.

L'enquête auprès des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique a permis de constater que :

- avant leur chirurgie bariatrique, tous les répondants ont tenté de perdre du poids, mais peu ont eu recours aux services de médecins ou de professionnels de la santé qualifiés. La majorité des répondants (68 %) sont toutefois satisfaits de la prise en charge de leur obésité par le système de santé;
- si la référence à un programme de chirurgie bariatrique provient principalement des médecins omnipraticiens, la motivation derrière le recours à la chirurgie bariatrique chez les répondants obèses est davantage un choix personnel que le suivi d'une recommandation par un professionnel de la santé;
- au cours de l'investigation préopératoire et même lors du suivi post-chirurgical, plusieurs répondants ont mentionné n'avoir eu aucun accès aux services d'une nutritionniste, d'un spécialiste en activité physique ou d'un professionnel de la santé mentale;
- dans une question ouverte sur les recommandations qu'ils formuleraient pour améliorer la prise en charge de l'obésité, l'aspect psychosocial est un des points qui a été mentionné le plus fréquemment par les répondants;

- le taux de satisfaction des répondants envers le système santé quant à la prise en charge de leur obésité augmente à la suite du recours à la chirurgie bariatrique, mais ce taux diminue avec la durée du suivi, ce qui pourrait être expliqué par le fait que les répondants sont plus satisfaits de leur suivi en milieu hospitalier qu'après de leur médecin omnipraticien;
- les répondants souhaiteraient une meilleure prise en charge de leur condition par leur médecin omnipraticien, un soutien psychologique autant avant qu'après la chirurgie bariatrique et un suivi systématique à long terme en nutrition, en activité physique et en santé mentale;
- le plus grand défi de la prise en charge de l'obésité est la motivation personnelle, suivi par les préjugés et la discrimination de l'entourage, de même que le maintien à long terme du poids.

Toutes ces données suggèrent que les intervenants de première ligne sont peu impliqués dans la prise en charge globale de l'obésité des usagers, dans le processus de préparation des usagers en vue d'une chirurgie bariatrique, et dans le suivi des usagers après leur chirurgie bariatrique. Ainsi, la gestion du poids par les intervenants de première ligne n'apparaît pas comme étant un service offert systématiquement à la clientèle obèse, alors que selon les guides de pratique, les médecins omnipraticiens et les cliniques de première ligne pourraient largement contribuer à la prise en charge de cette condition [149].

Lorsque les usagers sont référés à un programme de chirurgie bariatrique, l'attente avant une première rencontre avec l'équipe du milieu hospitalier est longue, soit jusqu'à 48 mois selon certains répondants, alors qu'elle est de six mois ou moins dans cinq des sept centres qui ont un programme actif de chirurgie bariatrique. Cette période ne semble pas mise à profit puisque la majorité des centres ne proposent aucune alternative à leur clientèle. Par ailleurs, l'ensemble des centres de chirurgie bariatrique offrent des programmes qui incluent à différents niveaux une intervention en modification des habitudes de vie avec des services offerts par une nutritionniste. Cependant, une proportion non négligeable des répondants (10 %) à l'enquête a indiqué n'avoir eu aucun accès à ce type de service lors de l'investigation préopératoire. Les aspects liés à l'activité physique et la santé mentale ne sont pas intégrés à tous les programmes de chirurgie bariatrique, ce qui fait en sorte que la majorité des répondants n'ont eu accès à aucun de ces services. Ceci met en lumière l'hétérogénéité de la pratique dans les centres du RUISSS UL pendant l'investigation préopératoire. Une observation similaire a pu être constatée en ce qui concerne le suivi postopératoire, où la fréquence des visites et la disponibilité des professionnels de l'équipe multidisciplinaire sont variables d'un centre à l'autre, mais également d'un répondant à l'autre. Alors que la majorité de centres indiquent la disponibilité de médecins spécialistes pour la prescription d'une médication anti-obésité, aucun des répondants à l'enquête n'a eu accès à ce type de traitement pour gérer le regain de poids après leur chirurgie bariatrique. De plus, les options pour l'utilisateur qui ne souhaite pas subir de chirurgie bariatrique sont présentement limitées. Même si la plupart des centres mentionnent rediriger l'utilisateur vers d'autres ressources, ces ressources ne sont pas adéquatement structurées pour supporter cette clientèle.

L'analyse de la situation actuelle a permis de constater la quasi-absence de la médecine bariatrique, excluant la chirurgie bariatrique, sur le territoire du RUISSS UL. Il ne fait aucun doute que le traitement de l'obésité qu'est la chirurgie bariatrique est bien établi dans les centres et que sa pratique tend actuellement à respecter les recommandations des guides de pratique. Les programmes de modification des habitudes de vie ne semblent cependant pas aussi organisés, à l'exception de la prise en charge préopératoire qui accompagne nécessairement la chirurgie bariatrique. Les traitements de l'obésité reposent sur une approche globale et multidisciplinaire qui devrait se décliner en une offre de soins et de services graduée en fonction des besoins de l'utilisateur. Ainsi, les programmes de modification des habitudes de vie, incluant la nutrition, l'activité physique et l'aspect psychosocial, la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique sont des traitements complémentaires, dont le choix de l'intervention à favoriser devrait être modulé selon les préférences et les besoins de l'utilisateur.

Les enquêtes réalisées sur le terrain démontrent que les programmes de modification des habitudes de vie et la pharmacothérapie ne sont pas offerts de façon systématique par les médecins et les professionnels de la santé dans

un contexte de prise en charge globale de l'utilisateur. En fait, la situation actuelle indique que le recours à des programmes de modification des habitudes de vie semble davantage lié à la volonté des usagers de gérer leur poids, plutôt que de faire l'objet d'une prise en charge systématique et organisée dans le milieu de la santé. Bien que la chirurgie bariatrique soit reconnue comme le traitement de l'obésité le plus efficace, son accès demeure très limité (environ 1 % d'usagers obèses sévères opérés par année au Québec). La sous-utilisation de la chirurgie bariatrique peut être expliquée par des raisons personnelles (usager qui ne souhaite pas se faire opérer), des conditions médicales (usager présentant des contre-indications à la chirurgie) ou encore par des questions de disponibilité (manque d'effectifs médicaux et professionnels qualifiés, ressources financières limitées, ou manque de temps opératoire). Dans tous les cas, la chirurgie bariatrique représente une intervention de prévention tertiaire, qui peut être offerte d'emblée selon la condition médicale de l'utilisateur, mais qui ne constitue certainement pas le premier traitement à être proposé à la majorité des usagers obèses.

6.3 LA SITUATION SOUHAITABLE SE DEFINIT PAR UNE ORGANISATION DE SOINS ET DE SERVICES EN UN RESEAU D'ETABLISSEMENT HIERARCHISES.

Le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL s'est penché sur deux aspects fondamentaux liés à la hiérarchisation des établissements et des niveaux d'accès aux soins. Dans un document non-publié issu de consultations d'un comité d'expert en médecine bariatrique mandaté par le MSSS, il est proposé d'identifier clairement les rôles des centres et des niveaux d'accès aux services, sans toutefois se prononcer sur des responsabilités spécifiques.

Au terme des discussions du comité de travail interne de l'IUCPQ-UL, il a été établi que la hiérarchisation des centres de médecine bariatrique se déclinerait en trois niveaux, en fonction des niveaux d'accès aux services et de la complexité des cas à prendre en charge : les activités de première ligne, les centres régionaux et un centre tertiaire, les deux derniers niveaux étant intégrés aux services de deuxième et de troisième lignes.

La médecine de première ligne constitue la porte d'entrée des usagers dans le réseau québécois de la santé, laquelle comprend des services médicaux généraux destinés à l'ensemble de la population. Dans le contexte de prise en charge globale de l'obésité, les services disponibles devraient inclure le support d'une équipe multidisciplinaire offrant des programmes de modification des habitudes de vie, incluant les aspects nutritionnels, de même que ceux liés à l'activité physique et à la santé mentale, et de la pharmacothérapie. Cette définition des responsabilités suggère qu'un programme de médecine bariatrique, dont le contenu spécifique demeure à déterminer, devrait faire partie des activités de première ligne.

Les services de deuxième et de troisième lignes offriraient à la fois un programme médical et un programme chirurgical du traitement de l'obésité. Le programme médical dans les centres régionaux et tertiaires peut comprendre des similitudes à celui offert par les activités de première ligne, mais dispose de ressources nécessaires permettant des services plus exhaustifs incluant un suivi et un encadrement approprié. Le recours à la désignation des centres offrant le programme médical permettrait de distinguer les centres régionaux des centres tertiaires par des critères déjà proposés par le CABPS [145] et adoptés par le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL. Le centre tertiaire devrait par ailleurs se voir confier un rôle de responsable du réseau dans le RUISSS UL en collaborant notamment avec les centres régionaux pour définir les trajectoires optimales des usagers entre les niveaux d'accès aux services, et pour créer des corridors de services bidirectionnels fluides entre ces niveaux d'accès aux services. Ainsi, ces mesures permettraient de standardiser l'offre de soins et de services dans la prise en charge de l'obésité.

Dans un contexte de déploiement d'un tel réseau en médecine bariatrique sur le territoire du RUISSS UL, la définition des rôles des trois niveaux d'accès aux services, en parallèle avec la désignation des centres selon des critères définis, assureraient un continuum de soins et de services aux usagers qui doivent en bénéficier.

6.4 UNE TRAJECTOIRE FONDEE SUR LES DONNEES PROBANTES COMBLERAIT L'ECART ENTRE LES SITUATIONS ACTUELLE ET SOUHAITABLE.

Le portrait de la situation actuelle a permis de mettre en évidence l'absence d'un réseau en médecine bariatrique sur le territoire du RUISSS UL, alors que la définition de la situation souhaitable révèle l'intérêt de mieux structurer l'offre de traitement en obésité selon les rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services et des désignations des centres de médecine bariatrique. L'écart entre ces deux situations pourrait être comblé par une trajectoire de soins et de services hiérarchisés entre les niveaux d'accès aux services.

L'intégration des recommandations issues des guides de pratique de prise en charge de l'obésité dans une trajectoire a permis de mieux définir chaque étape, lesquelles sont pour la plupart supportées par des preuves scientifiques. Dans l'ensemble, les étapes de la trajectoire pour les activités de première ligne et pour le programme chirurgical offert dans les services de deuxième et de troisième lignes sont bien décrites dans les guides de pratique. Cependant, la structure du programme médical à déployer, surtout en ce qui concerne la pharmacothérapie, est moins bien définie. Dans ce contexte, certaines étapes de la trajectoire ont été définies à partir d'information tirée de plusieurs documents dont ceux provenant des travaux des comités d'experts au MSSS. Des éléments d'autres trajectoires ont également été réutilisés, dont celles des centres offrant un programme de chirurgie bariatrique sur le territoire du RUISSS UL, ainsi que les trajectoires présentées dans le cadre de référence pour la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques en Estrie et de celui de la clinique médico-chirurgicale du traitement de l'obésité du CHUS. De plus, il est important de préciser que la proposition de trajectoire tient compte de la situation actuelle dans le RUISSS UL (le nombre et la capacité des centres actuellement en fonction), et de la situation souhaitable par l'utilisation des critères de désignation du CABPS et de la définition des rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services. La proposition de trajectoire fondée sur les meilleures pratiques cliniques constitue donc une solution potentielle à l'écart entre les situations actuelle et souhaitable.

7. RECOMMANDATIONS

Les constats qui découlent des travaux effectués dans le cadre de ce projet ont permis d'émettre les recommandations suivantes.

7.1 RECOMMANDATION 1

Considérant que :

- L'IUCPQ-UL a été mandaté afin de réaliser un projet d'évaluation sur la hiérarchisation de la prise en charge de la clientèle avec obésité sévère et morbide.
- Les enquêtes sur le terrain ont permis de constater l'absence d'un réseau ou d'une structure démontrant une réelle organisation de la médecine bariatrique dans le RUISSS UL.
- Le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL a adopté les critères de classification des centres de niveau 1 (centre tertiaire) et de niveau 2 (centre régional) offrant un programme de chirurgie bariatrique proposés par le CABPS.
- Le programme de chirurgie bariatrique d'un centre devrait être défini en fonction de son niveau hiérarchique, lequel est entre autres déterminé par le nombre de chirurgies réalisées annuellement et le type de clientèle selon le niveau de risque de l'utilisateur.
- Le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL a adopté la définition des centres offrant un programme de médecine bariatrique proposée par le CABPS.
- Le comité de travail interne de l'IUCPQ-UL, appuyé par une littérature scientifique et des documents issus de consultations d'un comité d'experts en médecine bariatrique mandaté par le MSSS, a déterminé les principaux rôles de chacun des niveaux d'accès aux services.
- Les rôles d'un centre tertiaire responsable d'un réseau en médecine bariatrique sont définis par la nature des activités dans chacune des quatre missions d'un institut universitaires : les soins axés sur l'utilisateur, l'enseignement, la recherche et l'ETMIS.
- Les rôles du centre tertiaire, des centres régionaux et des activités de première ligne s'intègrent dans un continuum de soins et de services pour le traitement de l'obésité.

Il est recommandé aux établissements du RUISSS UL impliqués dans la prise en charge globale de l'obésité de supporter et participer à l'implantation d'un réseau structuré d'établissements hiérarchisés selon les rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services et des critères de classification des centres.

Il est également suggéré aux partenaires du RUISSS UL de :

- développer un processus visant à s'assurer que les centres du réseau sont en conformité avec les exigences du CABPS et la définition de leurs rôles et responsabilités, et
- se concerter pour développer un programme intégré de prise en charge de l'obésité à travers les niveaux d'accès aux services pour contribuer au continuum de soins et de services pour tous les usagers qui pourraient en bénéficier.

7.2 RECOMMANDATION 2

Considérant que :

- L'obésité est considérée comme une maladie chronique par de nombreuses organisations et associations médicales.
- L'ensemble des guides de pratique décrivent une offre de traitement incluant les programmes de modification des habitudes de vie (nutrition, activité physique et aspect psychosocial), la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique.
- Tous les guides de pratique mentionnent la nécessité d'une équipe multidisciplinaire, regroupant des médecins, des infirmières, des nutritionnistes, des kinésiothérapeutes et des professionnels de la santé mentale, et ce, à tous les niveaux d'intervention dans l'offre de traitements en obésité.
- La médecine bariatrique, excluant la chirurgie bariatrique, est pratiquement inexistante dans les établissements sur le territoire du RUISSS UL.
- Il n'y a actuellement aucune continuité entre les niveaux d'accès aux services en lien avec la prise en charge globale de l'obésité.
- Les recommandations des organismes professionnels permettent de proposer une trajectoire optimale et fondée sur les données probantes pour la prise en charge de l'usager souffrant d'obésité.

Il est recommandé aux partenaires du RUISSS UL impliqués dans la prise en charge globale de l'obésité de collaborer afin de mettre en place la proposition de trajectoire optimale des usagers en fonction des niveaux d'accès aux services et de la hiérarchisation des établissements sur le territoire.

En accord avec le principe de hiérarchisation tel que défini par le MSSS, il est également suggéré aux partenaires du RUISSS UL de :

- créer des corridors de services bidirectionnels fluides entre les niveaux d'accès aux services permettant l'accessibilité des soins et services du réseau à tous les usagers qui pourraient en bénéficier;
- envisager la mise en place d'un guichet unique pour traiter les demandes d'accès à des services spécialisés et surspécialisés en médecine bariatrique et
- considérer l'identification d'indicateurs qui permettraient d'évaluer la performance de la trajectoire autant du point de vue clinique que du point de vue de gestion.

D'autres éléments à considérer ont été suggérés par le comité directeur scientifique ETMIS lors de la rencontre du 25 février 2020. La liste de ces éléments est disponible à l'annexe F.

8. CONCLUSION

Les objectifs généraux de ce projet d'évaluation étaient de proposer une organisation de la pratique médicale et professionnelle en médecine bariatrique chez l'adulte sur le territoire du RUISSS UL et de consolider le rôle essentiellement tertiaire de l'IUCPQ-UL au sein de cette organisation pour la clientèle souffrant d'obésité.

La collaboration des établissements du RUISSS UL impliqués dans les programmes de chirurgie bariatrique, le support du comité de travail et la revue des données issues de la littérature ont permis de répondre aux objectifs spécifiques :

- Les critères de classification et de désignation des centres offrant un programme intégré de médecine bariatrique ont été déterminés. Tel que proposé par la CABPS, les centres tertiaires seraient désignés comme centres de niveau 1 et les centres régionaux comme centres de niveau 2. Les principales distinctions entre ces deux niveaux sont l'offre des types de chirurgie bariatrique, le volume de chirurgie bariatrique et la clientèle admissible.
- Les rôles et les responsabilités selon les niveaux d'accès aux services en fonction des critères de désignation des centres ont été définis. En raison de sa désignation universitaire, l'IUCPQ-UL doit remplir ses missions de soins tertiaires, d'enseignement, de recherche et d'ETMIS, mais doit également assumer un rôle de centre responsable d'un réseau en tant que centre d'excellence. Les centres régionaux seraient responsables d'offrir une prise en charge médicale plus complète et encadrée aux usagers souffrant d'obésité, incluant une prise en charge chirurgicale des usagers souffrant d'obésité sévère considérés à faible risque. Les activités de première ligne devraient offrir une prise en charge médicale initiale de l'obésité chez les usagers par des programmes de modification des habitudes de vie, avec ou sans pharmacothérapie, assister les centres régionaux et le centre tertiaire dans les phases préopératoire et postopératoire à court terme des usagers (<2 ans) et partager avec ces centres la prise en charge à long terme des usagers (>2 ans).
- Une trajectoire entre les niveaux d'accès aux services basée sur les meilleures pratiques cliniques, en incluant les mécanismes de référence entre les niveaux d'accès aux services pour supporter le principe de hiérarchisation des soins et des services, a été proposée.

Ainsi, il est recommandé aux établissements du RUISSS UL de supporter et de participer à l'implantation d'un réseau structuré d'établissements hiérarchisés selon les rôles et responsabilités en fonction des niveaux d'accès aux services et des critères de classification des centres, et de collaborer afin de mettre en place la proposition de trajectoire optimale des usagers en fonction des niveaux d'accès aux services et de la hiérarchisation des établissements sur le territoire.

9. ANNEXES

ANNEXE A. FINANCEMENT ACCORDÉ PAR LE MSSS POUR LA RÉALISATION DU PROJET D'ÉVALUATION SUR LA HIÉRARCHISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CLIENTÈLE AVEC OBÉSITÉ SÉVÈRE ET MORBIDE



ANNEXE B. ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUES DANS LE RUISS UL



La pratique de la médecine et de la chirurgie bariatriques dans le RUIS UL

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ-UL) offre des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés pour la population du centre et de l'Est du Québec ainsi que celle provenant des frontières avec le Nouveau-Brunswick. L'Institut fait partie du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS UL) où il assure le rôle de centre tertiaire en cardiologie, en pneumologie ainsi qu'en obésité. Le RUIS UL couvre six régions administratives (le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-St-Jean, la Capitale-Nationale, la Côte-Nord, la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Chaudières-Appalaches), soit 30 % du territoire québécois et dessert près de 25 % de la population du Québec.

L'Institut est reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme centre d'excellence en chirurgie bariatrique depuis 2009. Près de 70 % des usagers qui ont subi une chirurgie bariatrique à l'Institut proviennent de l'extérieur de la région de la Capitale-Nationale, alors que la majorité des régions administratives (5 des 6 régions administratives couvertes par le RUIS UL) possèdent des centres où la chirurgie bariatrique est pratiquée. En effet, 6 centres secondaires offrent actuellement des services de chirurgie bariatrique, alors qu'un autre a annoncé pouvoir offrir ces services dès l'automne 2019.

En réponse à l'augmentation des besoins de la population du RUIS UL de recourir à la chirurgie bariatrique, il y a eu une augmentation constante du volume de chirurgies bariatriques dans les dernières années dans le RUIS UL. Pour l'année financière 2018-2019, le nombre d'usagers opérés dans l'ensemble des centres secondaires (n=713) est légèrement supérieur à celui des usagers opérés à l'Institut (n=667), pour un total de plus de 1 400 chirurgies bariatriques effectuées dans le RUIS UL, soit plus du tiers des chirurgies bariatriques réalisées au Québec.

À l'Institut, le suivi postopératoire des usagers récemment opérés s'ajoute à celui de plus de 8 000 usagers, dont plusieurs ont été opérés dans d'autres établissements, incluant ceux du RUIS UL. Devant l'absence d'un réseau structuré en médecine ainsi qu'en chirurgie bariatrique, il devient important et nécessaire de travailler en étroite collaboration avec les partenaires du RUIS UL afin de définir et de préciser l'organisation des services et d'effectuer des recommandations auprès des autorités ministérielles.

C'est dans ce contexte que nous approchons tous les centres du RUIS UL qui offrent des services de chirurgie bariatrique afin de dresser le portrait de la pratique en médecine et en chirurgie bariatriques. Ce questionnaire, composé de 38 questions, devrait vous prendre environ 45 minutes à compléter. Toutes les questions sont obligatoires à compléter.

Nous vous remercions chaleureusement pour votre collaboration.

* 1. Quel est le nom de votre centre?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec | <input type="radio"/> Hôpital de Chicoutimi |
| <input type="radio"/> Hôpital régional de Rimouski | <input type="radio"/> Centre hospitalier régional de Baie-Comeau |
| <input type="radio"/> Centre hospitalier régional de Rivière-du-Loup | <input type="radio"/> Centre hospitalier régional de Chandler |
| <input type="radio"/> Hôpital Hôtel-Dieu de Roberval | <input type="radio"/> Hôpital de Montmagny |

* 2. Quelles sont vos coordonnées (prénom et nom, fonction)?

* 3. De quel(le)s professionnel(le)s est composée l'équipe de votre clinique de chirurgie bariatrique? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgien bariatrique | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Infirmière clinicienne | <input type="checkbox"/> Travailleur social |
| <input type="checkbox"/> Infirmière | <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste | <input type="checkbox"/> Anesthésiste |
| <input type="checkbox"/> Kinésologue | <input type="checkbox"/> Coordonnateur |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

* 4. Pour chaque professionnel(le), indiquez combien sont dédié(e)s à temps plein à l'équipe de chirurgie bariatrique?

Nombre de professionnel(le)s à temps plein

Chirurgien bariatrique	<input type="text"/>
Infirmière clinicienne	<input type="text"/>
Infirmière	<input type="text"/>
Nutritionniste	<input type="text"/>
Kinésologue	<input type="text"/>
Psychologue	<input type="text"/>
Travailleur social	<input type="text"/>
Inhalothérapeute	<input type="text"/>
Anesthésiste	<input type="text"/>
Coordonnateur	<input type="text"/>

Autre (veuillez préciser)

* 5. Où les chirurgiens ont-ils reçu leur formation en bariatrique?

* 6. Où les infirmières, les nutritionnistes et autres professionnels du personnel de la clinique de chirurgie bariatrique ont-ils reçu leur formation en bariatrique?

* 7. Quels sont les types de chirurgie bariatrique offerts dans votre centre? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- La bande gastrique ajustable
- La gastrectomie
- La dérivation gastrique de Roux-en-Y
- La dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale
- Autre (veuillez préciser)

* 8. Combien de chirurgies bariatriques sont réalisées annuellement dans votre centre (tous types confondus)?

* 9. Quelle est la proportion (en %) de chaque type de chirurgie que vous offrez?

La bande gastrique
ajustable

La gastrectomie

La dérivation gastrique de
Roux-en-Y

La dérivation
biliopancréatique avec
commutation duodénale

Autre

* 10. En moyenne, combien de chirurgies bariatriques sont réalisées annuellement par chirurgien dans votre centre (tous types confondus)?

* 11. Quel est le mécanisme de référence des patients? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- Auto-référence
- Référence par un médecin omnipraticien
- Référence par un médecin spécialiste
- Référence par un professionnel autre qu'un médecin

* 12. Quels sont les critères d'admissibilité des patients? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Âge \geq 18 ans | <input type="checkbox"/> IMC \geq 40 kg/m ² avec ou sans comorbidités |
| <input type="checkbox"/> Âge < 65 ans | <input type="checkbox"/> IMC \geq 35 kg/m ² avec comorbidités |
| <input type="checkbox"/> IMC \geq 55 kg/m ² avec ou sans comorbidités | <input type="checkbox"/> IMC < 35 kg/m ² avec diabète de type 2 |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

* 13. Quel est le délai d'attente moyen (en mois) entre l'inscription sur la liste d'attente et le premier rendez-vous de collecte de données?

* 14. Combien de patients sont en attente d'un premier rendez-vous de collecte de données ou de rencontrer un chirurgien bariatrique?

15. Pendant cette période d'attente, référez-vous le patient vers d'autres ressources pour la prise en charge de l'obésité (ou des comorbidités)?

- Oui *
- Non

* Si oui, identifiez quelles sont ces ressources et les services qui y sont offerts.

* 16. Existe-t-il des ententes formelles ou des trajectoires de services avec les intervenants de 1^{re} ligne pour la préparation des patients à la chirurgie bariatrique?

- Oui *
- Non

* Si oui, veuillez préciser.

* 17. Lorsque l'équipe de chirurgie bariatrique débute l'évaluation du patient, quelle est votre impression sur le degré de préparation/compréhension de la moyenne/majorité des patients par rapport à la chirurgie et au suivi?

	Totalement en désaccord	Désaccord	Neutre	D'accord	Totalement d'accord
Le patient exprime sa motivation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le patient a arrêté de fumer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les comorbidités du patient ont été évaluées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les comorbidités du patient ont été prises en charge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le patient sait qu'il doit modifier ses habitudes alimentaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le patient a lu, écouté ou visionné des documents de référence.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ajoutez des commentaires au besoin.

* 18. Quel est le délai d'attente moyen (en mois) entre l'évaluation préopératoire et la chirurgie bariatrique?

* 19. Comment se prend la décision d'opérer un patient?

- Décision du chirurgien
- Décision conjointe patient-chirurgien
- Consultation en comité multidisciplinaire
- Autre (veuillez préciser)

* 20. Offrez-vous des alternatives aux patients pour qui la chirurgie n'est pas indiquée?

- Oui *
- Non

* Si oui, identifiez ces ressources.

* 21. Dans votre centre, y a-t-il des médecins à l'aise de prescrire de la médication anti-obésité?

- Oui *
- Non

* Si oui, quelles sont les spécialités de ces médecins.

* 22. Quelles sont les raisons qui motivent la référence du patient vers un autre centre de chirurgie bariatrique?

* 23. Vers quel centre de chirurgie bariatrique dirigez-vous vos patients dont le cas est complexe?

* 24. Quelles sont la qualité et la rapidité des corridors de services lorsque le patient est référé vers un autre centre de chirurgie bariatrique?

* 25. Selon le type de chirurgie, quelle est la durée moyenne (en jours) de séjour du patient?

Bande gastrique ajustable	<input type="text"/>
Gastrectomie	<input type="text"/>
Dérivation de Roux-en-Y	<input type="text"/>
Dérivation biliopancréatique avec commutation duodénale	<input type="text"/>
Autre	<input type="text"/>

* 26. Quelles sont les raisons qui limitent le nombre de chirurgies? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- le manque de lits le manque de patients préparés pour la chirurgie
- le manque de temps opératoire le manque de budget
- l'absence d'une équipe multidisciplinaire
- Autre (veuillez préciser)

* 27. Avez-vous un registre ou une base de données pour documenter chacune des chirurgies?

- Oui *
- Non

* Si oui, comment vous servez-vous de ces données?

* 28. Quelle est la fréquence du suivi postopératoire? Fournissez tous les détails que vous jugez pertinents.

* 29. Selon le type de chirurgie, quelle est la durée du suivi postopératoire dans votre centre?

	1 an	2 ans	3 ans	À vie
Bande gastrique ajustable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gastrectomie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dérivation de Roux-en-Y	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dérivation bilopancréatique avec commutation duodénale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Commentaires

* 30. Qui sont les intervenants impliqués dans le suivi postopératoire du patient? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgien bariatrique | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Infirmière clinicienne | <input type="checkbox"/> Travailleur social |
| <input type="checkbox"/> Nutritionniste | <input type="checkbox"/> Inhalothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Kinésologue | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

* 31. Dans votre centre, y a-t-il des médecins à l'aise de traiter les complications médicales reliées à la chirurgie bariatrique (fractures, néphrolithiases, hypoglycémie, regain de poids, etc.)?

- Oui *
- Non

* Si oui, quelles sont les spécialités de ces médecins.

* 32. Quels sont les mécanismes en place lorsqu'il y a reprise du poids chez un patient en suivi postopératoire?

* 33. Existe-t-il une entente avec des intervenants de 1re ligne pour le suivi postopératoire?

Oui *

Non

* Si oui, veuillez préciser.

* 34. Est-ce que votre établissement a détaillé un parcours ou une trajectoire de soins pour la période pré-opératoire et/ou peropératoire et/ou postopératoire?

Oui; svp envoyez les documents à l'adresse courriel uetmis.iucpq@ssss.gouv.qc.ca.

Non *

* Si non, fournir une description de ce parcours ou trajectoire.

* 35. Dans votre centre, que considérez-vous comme un "bon coup" dans la trajectoire ou dans la prise en charge du patient?

* 36. Dans votre centre, que considérez-vous comme "devant être amélioré" dans la trajectoire ou dans la prise en charge du patient?

* 37. Selon vous, quelles sont les initiatives qui permettrait d'améliorer les soins en médecine et en chirurgie bariatriques? Sélectionnez tout ce qui s'applique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Système de référence centralisé informatisé | <input type="checkbox"/> Meilleure participation des intervenants en 1re ligne (médecin omnipraticien, nutritionniste, psychologue, kinésiologue, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Attribution à un centre selon la localisation géographique du patient | <input type="checkbox"/> Création de cliniques de prise en charge de l'obésité |
| <input type="checkbox"/> Création d'un système d'accréditation pour la classification ou désignation des centres | <input type="checkbox"/> Création d'un réseau provincial bariatrique |
| <input type="checkbox"/> Limiter le nombre de centres hospitaliers qui offrent la chirurgie bariatrique | <input type="checkbox"/> Augmentation des ressources humaines et financières des équipes déjà en place |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

* 38. Si vous avez d'autres commentaires ou points à ajouter, svp nous en faire part dans la présente section.

ANNEXE C. ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES PATIENTS BARIATRIQUES



Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

La problématique de l'obésité soulève plusieurs défis dont ceux de l'accessibilité aux soins, de la prise en charge du patient pendant sa trajectoire de soins, du choix du traitement de l'obésité selon ce qui est préférable pour le patient et le suivi à long terme du patient, particulièrement en période post-opératoire de chirurgie bariatrique.

Devant l'absence d'un réseau structuré en médecine ainsi qu'en chirurgie bariatrique, il devient important et nécessaire de travailler en étroite collaboration avec les partenaires de l'Est du Québec afin de définir et de préciser l'organisation des services et d'effectuer des recommandations auprès des autorités ministérielles.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ-UL), à titre de centre d'excellence en chirurgie bariatrique, initie un projet qui aura comme finalité une meilleure organisation de la pratique médicale et professionnelle en médecine et en chirurgie bariatriques et consolidera le rôle essentiellement tertiaire de l'IUCPQ-UL pour la clientèle hors région Capitale- Nationale en se fondant sur des données probantes.

C'est dans ce contexte que nous approchons des patients ayant subi une chirurgie bariatrique afin de documenter leur perception et leur expérience de prise en charge de leur obésité. Ce questionnaire, composé de 40 questions, devrait vous prendre environ 20 minutes à compléter. Les questions marquées d'un * sont des questions obligatoires à compléter.

Les questions portent sur votre expérience globale de la prise en charge de votre obésité. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, et nous apprécions vos réponses honnêtes pour aider notre recherche. Nous vous remercions chaleureusement pour votre collaboration.

Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

Période avant votre chirurgie bariatrique

Les questions suivantes portent sur les services que vous avez probablement utilisés pendant la période qui a précédé votre chirurgie bariatrique.

1. Avant votre chirurgie bariatrique, qu'avez-vous essayé pour perdre du poids? Cochez tout ce qui s'applique.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modification comportementale | <input type="checkbox"/> Exercice non supervisé |
| <input type="checkbox"/> Exercice sous la supervision d'un spécialiste | <input type="checkbox"/> Régime paléolithique |
| <input type="checkbox"/> Médicament | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Weight Watchers | <input type="checkbox"/> Produits amaigrissants |
| <input type="checkbox"/> Minçavi | <input type="checkbox"/> Substituts de repas |
| <input type="checkbox"/> Kilo Solution | <input type="checkbox"/> Jenny Craig |
| <input type="checkbox"/> Choisir de maigrir | <input type="checkbox"/> Zéro Excuse GO |
| <input type="checkbox"/> Diètes protéinées | <input type="checkbox"/> Diète cétogène |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

2. Avant votre chirurgie bariatrique, quel(s) services avez-vous utilisé pour vous aider à gérer votre poids? Cochez tout ce qui s'applique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Séminaire d'information | <input type="checkbox"/> Consultation avec un spécialiste de l'exercice |
| <input type="checkbox"/> Consultation avec un médecin de famille | <input type="checkbox"/> Atelier unique sous forme de cours théorique |
| <input type="checkbox"/> Consultation avec un médecin spécialiste (chirurgien, interniste, cardiologue, etc.) | <input type="checkbox"/> Participation à un groupe de soutien |
| <input type="checkbox"/> Consultation avec un professionnel de la santé mentale | <input type="checkbox"/> Plusieurs cours ou programme liés au changement de mode de vie |
| <input type="checkbox"/> Consultation avec une nutritionniste | <input type="checkbox"/> Aucun |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

3. Avant votre chirurgie bariatrique, pour quelle(s) condition(s) étiez-vous traité(e)? Cochez tout ce qui s'applique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle (hypertension) | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque (ex.: angine de poitrine, infarctus, troubles du rythme cardiaque, insuffisance cardiaque) | <input type="checkbox"/> Abus d'alcool, de drogues ou autres substances |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Aucune |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires (ex.: arthrose) | |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

Chirurgie bariatrique

Ces questions concernent votre procédure de chirurgie bariatrique.

4. Quelle est la date où vous avez eu votre chirurgie bariatrique?

Date

Date

JJ/MM/AAAA

5. Dans quel centre avez-vous subi votre chirurgie bariatrique?

- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- Hôpital régional de Rimouski
- Centre hospitalier régional de Rivière-du-Loup
- Hôpital Hôtel-Dieu de Roberval
- Autre (veuillez préciser)
- Hôpital de Chicoutimi
- Centre hospitalier régional de Chandler
- Hôpital de Montmagny

6. Combien de temps avez-vous attendu entre votre inscription pour une chirurgie et votre première consultation avec un professionnel de la clinique? Indiquez votre réponse en mois.

7. Combien de temps avez-vous attendu entre votre première consultation avec un professionnel de la clinique et le jour de votre chirurgie bariatrique? Indiquez votre réponse en mois.

8. Dans quelle ville demeurez-vous?

9. Quel type de chirurgie bariatrique avez-vous eu?

- Bande gastrique ajustable
- Gastrectomie partielle
- Autre (veuillez préciser)
- Dérivation gastrique en Y-de-Roux
- Dérivation biliopancréatique

10. Qui vous a référé en chirurgie bariatrique?

- Médecin de famille Nutritionniste
- Professionnel de la santé mentale Membre de la famille ou ami
- Médecin spécialiste (cardiologie, pneumologue, interniste, etc.) Moi-même
- Autre (veuillez préciser)

11. Quelle était votre principale motivation d'avoir une chirurgie bariatrique? Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

- Choix personnel
- Recommandation d'un professionnel de la santé

SVP, décrivez brièvement pourquoi vous avez décidé d'avoir une chirurgie bariatrique.

12. Lorsque vous avez décidé de vous inscrire pour subir une chirurgie bariatrique, vous êtes-vous inscrit dans plus d'un centre?

- Oui (svp, répondre à la question #13)
- Non (svp, répondre à la question #14)

13. Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous inscrit dans plus d'un centre?

14. Pourquoi avoir choisi de vous inscrire uniquement dans ce centre?

15. Dans les 12 mois qui ont suivi votre chirurgie bariatrique, combien de fois avez-vous consulté les professionnels suivant pour votre suivi (visite ou téléphone)?

	0	1-3	4-6	7-9	10 ou plus
Chirurgien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nutritionniste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologue, travailleur social ou autre professionnel de la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spécialiste de l'activité physique (kinésologue, entraîneur personnel, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin de famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médecin spécialiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre professionnel de la santé (précisez ci-dessous)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez quel autre professionnel de la santé vous avez rencontré.

16. Depuis votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu un regain de poids?

- Oui
 Non

17. Si vous avez répondu oui à la question précédente, avez-vous eu accès à de la médication pour contrôler votre regain de poids?

- Oui
 Non

18. Depuis votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu des complications médicales significatives?

- Oui
 Non
 Incertain(e)
 Je ne sais pas

Si oui, svp spécifiez quelles complications vous avez eues.

19. Actuellement, pour quelle(s) condition(s) êtes-vous traité(e)? Cochez tout ce qui s'applique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haute pression artérielle (hypertension) | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Anxiété |
| <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque | <input type="checkbox"/> Abus d'alcool, de drogues ou autres substances |
| <input type="checkbox"/> Diabète de type 2 | <input type="checkbox"/> Aucune |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) | |

Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

Activité physique

Les questions suivantes concernent les services pour vous aider à augmenter votre niveau d'activité physique avant et après votre chirurgie bariatrique. L'activité physique se définit pas tout mouvement du corps qui engendre une dépense d'énergie. Ceci inclut la marche, les tâches ménagères, monter des escaliers, ou tout autre activité que vous réalisez quotidiennement.

20. Avant ou après votre chirurgie bariatrique, avez-vous été exposé(e) à de l'information ou de l'éducation sur:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> l'importance de maintenir un journal d'exercice | <input type="checkbox"/> l'importance de planifier des périodes pour l'exercice |
| <input type="checkbox"/> l'identification des barrières à l'exercice | <input type="checkbox"/> la façon de trouver du support pour maintenir l'habitude de l'exercice |
| <input type="checkbox"/> les façons de franchir les barrières à l'exercice | <input type="checkbox"/> rien de tout cela |

Si vous avez été exposé(e) à l'un de ces informations, svp précisez où et par qui il vous a été offert.

21. Avant votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu accès à l'un des services suivants? Cochez tout ce qui s'applique.

- Consultation individuelle avec un spécialiste de l'exercice
- Suivi en activité physique (au moins 3 rencontres avec un spécialiste de l'exercice)
- Session(s) en groupe donnée(s) par un spécialiste de l'exercice
- Aucun

Si vous avez eu accès à l'un des services mentionnés, svp précisez où et par qui il vous a été offert (exemples: par le centre où j'ai subi ma chirurgie, j'ai payé moi-même ces services dans une clinique privée, référence à un organisme communautaire, etc.).

22. Après votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu accès à l'un des services suivants? Cochez tout ce qui s'applique.

- Consultation individuelle avec un spécialiste de l'exercice
- Suivi en activité physique (au moins 3 rencontres avec un spécialiste de l'exercice)
- Session(s) en groupe donnée(s) par un spécialiste de l'exercice
- Aucun

Si vous avez eu accès à l'un des services mentionnés, svp précisez où et par qui il vous a été offert (exemples: par le centre où j'ai subi ma chirurgie, j'ai payé moi-même ces services dans une clinique privée, référence à un organisme communautaire, etc.).

23. Quelle a été la chose la plus difficile à gérer par rapport à l'activité physique depuis votre chirurgie bariatrique?

24. Quels sont les services liés à l'activité physique qui ont été les plus bénéfiques ou les plus aidants suite à votre chirurgie bariatrique?

Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

Nutrition

Les questions suivantes concernent les services pour vous aider à modifier votre alimentation avant et après votre chirurgie bariatrique.

25. Avant ou après votre chirurgie bariatrique, avez-vous été exposé(e) à de l'information ou de l'éducation sur:

- l'importance de maintenir un journal alimentaire
- la façon de trouver du support pour maintenir l'habitude de la saine alimentation
- l'identification des barrières à la saine alimentation
- rien de tout cela
- les façons de franchir les barrières à l'alimentation

Si vous avez été exposé(e) à l'un de ces informations, svp précisez où et par qui il vous a été offert.

26. Avant votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu accès à l'un des services suivants? Cochez tout ce qui s'applique.

- Consultation individuelle avec une nutritionniste
- Suivi en nutrition (au moins 3 rencontres avec une nutritionniste)
- Session(s) en groupe donnée(s) par une nutritionniste
- Aucun

Si vous avez eu accès à l'un des services mentionnés, svp précisez où et par qui il vous a été offert (exemples: par le centre où j'ai subi ma chirurgie, j'ai payé moi-même ces services dans une clinique privée, référence à un organisme communautaire, etc.).

27. Après votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu accès à l'un des services suivants? Cochez tout ce qui s'applique.

- Consultation individuelle avec une nutritionniste
- Suivi en nutrition (au moins 3 rencontres avec une nutritionniste)
- Session(s) en groupe donnée(s) par une nutritionniste
- Aucun

Si vous avez eu accès à l'un des services mentionnés, svp précisez où et par qui il vous a été offert (exemples: par le centre où j'ai subi ma chirurgie, j'ai payé moi-même ces services dans une clinique privée, référence à un organisme communautaire, etc.).

28. Quelle a été la chose la plus difficile à gérer par rapport à la nutrition depuis votre chirurgie bariatrique?

29. Quels sont les services liés à la nutrition qui ont été les plus bénéfiques ou les plus aidants suite à votre chirurgie bariatrique?

Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

Aspect psychologique

Les questions suivantes concernent les services pour vous aider à gérer vos émotions et votre santé mentale avant et après votre chirurgie bariatrique.

30. Avant votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu accès à l'un des services suivants? Cochez tout ce qui s'applique.

- Consultation individuelle avec un professionnel de la santé mentale
- Counseling en psychologie en groupe
- Groupe de soutien en psychologie
- Aucun

Si vous avez eu accès à l'un des services mentionnés, svp précisez où et par qui il vous a été offert (exemples: par le centre où j'ai subi ma chirurgie, j'ai payé moi-même ces services dans une clinique privée, référence à un organisme communautaire, etc.).

31. Après votre chirurgie bariatrique, avez-vous eu accès à l'un des services suivants? Cochez tout ce qui s'applique.

- Consultation individuelle avec un professionnel de la santé mentale
- Suivi en psychologie en groupe
- Groupe de soutien en psychologie
- Aucun

Si vous avez eu accès à l'un des services mentionnés, svp précisez où et par qui il vous a été offert (exemples: par le centre où j'ai subi ma chirurgie, j'ai payé moi-même ces services dans une clinique privée, référence à un organisme communautaire, etc.).

32. Quelle a été la chose la plus difficile à gérer par rapport à l'aspect psychologique depuis votre chirurgie bariatrique?

33. Quels sont les services liés à l'aspect psychologique qui ont été les plus bénéfiques ou les plus aidants suite à votre chirurgie bariatrique?

Expérience et perception de la prise en charge de l'obésité chez les patients bariatriques

Expérience générale

Les questions suivantes portent sur l'expérience que vous avez vécue par rapport à la prise en charge de votre obésité et par rapport à la chirurgie bariatrique, de même que sur la perception que vous avez de cette expérience.

34. Par rapport à la prise en charge de votre obésité par le système de santé, quel était votre niveau de satisfaction

	Pas du tout satisfait	Plutôt insatisfait	Ni insatisfait, ni satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	s. o.
avant votre chirurgie bariatrique?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPV, veuillez préciser votre choix.						
<input type="text"/>						
actuellement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPV, veuillez préciser votre choix.						
<input type="text"/>						

35. Par rapport à votre chirurgie bariatrique spécifiquement, quel était votre niveau de satisfaction

	Pas du tout satisfait	Plutôt insatisfait	Ni insatisfait, ni satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	s. o.
3 mois après votre chirurgie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SVP, veuillez préciser votre choix.						
<input type="text"/>						
12 mois après votre chirurgie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SVP, veuillez préciser votre choix.						
<input type="text"/>						
5 ans après votre chirurgie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SVP, veuillez préciser votre choix.						
<input type="text"/>						
actuellement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SVP, veuillez préciser votre choix.						
<input type="text"/>						

36. Par rapport à votre suivi postopératoire de chirurgie bariatrique, quel était votre niveau de satisfaction

	Pas du tout satisfait	Plutôt insatisfait	Ni insatisfait, ni satisfait	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait	s. o.
durant votre suivi en centre hospitalier?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durant votre suivi auprès de votre médecin de famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Dans tout le processus de gestion de poids que vous avez traversé, incluant la chirurgie bariatrique, vous êtes-vous senti(e) soutenu(e)?

	Non	Plus ou moins	Oui	s. o.
par votre médecin de famille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
par vos médecins spécialistes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
par les professionnels de la santé que vous avez côtoyés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Si vous aviez à définir la prise en charge optimale d'un patient obèse, incluant la chirurgie bariatrique, quelles seraient vos principales recommandations?

39. Selon vous, quels sont les principaux défis de la prise en charge de l'obésité (IMC≥35)? Cochez tout ce qui s'applique.

- Motivation personnelle
- Réticence à demander de l'aide
- Préjugés et discrimination de l'entourage
- Préjugés et discrimination des professionnels de la santé
- Peu de ressources fiables et gratuites sur la gestion de poids (internet, livre, groupe de soutien, programme, etc.)
- Peu de publicités sur les ressources fiables et gratuites sur la gestion de poids (internet, livre, groupe de soutien, programme, etc.)
- Difficulté à discuter d'obésité avec le médecin (de famille ou spécialiste)
- Difficulté à discuter des traitements de l'obésité avec le médecin (de famille ou spécialiste)
- Difficulté à avoir un suivi une fois qu'un traitement est débuté
- Difficulté à adhérer au traitement une fois qu'il est débuté
- Temps d'attente pour accéder à un traitement
- Maintien du poids à long terme
- Autre (veuillez préciser)

40. Si vous avez d'autres commentaires ou points à ajouter, svp nous en faire part dans la présente section.

ANNEXE D. STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS PUDMED

#1	Guidelines [MeSH] OR Practice Guidelines [MeSH] OR Consensus Development Conferences [MeSH] OR Consensus Development Conferences, NIH [MeSH] OR Guideline [Publication Type] OR Practice Guideline [Publication Type] OR Consensus Development Conference [Publication Type] OR Consensus Development Conference, NIH [Publication Type]
#2	guideline*[ti] OR recommendation*[ti] OR consensus[ti] OR standard*[ti] OR "position paper"[ti] OR "clinical pathway"*[ti] OR "clinical protocol"*[ti] OR "good clinical practice"[ti]
#3	#1 OR #2
#4	"Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review" [Publication Type] OR "systematic review"[Title/Abstract] OR "systematic overview"[Title/Abstract] OR "Evidence-Based Medicine"[Mesh] OR "Evidence-Based Medicine"[Title/Abstract]
#5	#3 AND #4
#6	"Obesity"[Mesh] OR obesity[Title/Abstract] OR "Obesity Management"[Mesh] OR "Obesity/therapy"[MAJR] OR "Bariatric Medicine"[Mesh] OR "Obesity, Morbid/therapy"[MeSH Terms] OR "Obesity, Morbid/surgery"[MAJR]
#7	#5 AND #6
#8	English[Language] OR french[Language]
#9	#7 AND #8
#10	pregnancy[MeSH Terms] OR pregnan*[Title/Abstract] OR gestation*[Title/Abstract]
#11	#9 NOT #10
#12	#9 NOT #10 Filters: Publication date from 2005/01/01
RÉSULTATS : 326 références	

ANNEXE E. EXTRACTION DES RECOMMANDATIONS PERTINENTES DES GUIDES DE PRATIQUE POUR LA TRAJECTOIRE OPTIMALE EN MÉDECINE BARIATRIQUE

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
	AACE, 2016	R2. The modality and intensity of obesity interventions should be based on the primary, secondary, and tertiary phases of disease prevention; this 3-phase paradigm for chronic disease aligns with the pathophysiology and natural history of obesity and provides a rational framework for appropriate treatment at each phase of prevention.	Grade C, BEL 4
	NHMRC, 2013	1. Use BMI to classify overweight or obesity in adults.	Grade B
	NICE (CG189), 2014	1.2.1 Use clinical judgement to decide when to measure a person's height and weight. Opportunities include registration with a general practice, consultation for related conditions (such as type 2 diabetes and cardiovascular disease) and other routine health checks.	
		1.2.2 Use BMI as a practical estimate of adiposity in adults. Interpret BMI with caution because it is not a direct measure of adiposity.	
		1.2.7 Define the degree of overweight or obesity in adults using the following table: healthy weight=18.5–24,9 kg/m ² ; overweight=25–29,9 kg/m ² ; obesity I=30–34,9 kg/m ² ; obesity II=35–39,9 kg/m ² ; and obesity III=40 kg/m ² or more.	
	HAS, 2011	1.2.8 Interpret BMI with caution in highly muscular adults as it may be a less accurate measure of adiposity in this group. Some other population groups, such as people of Asian family origin and older people, have comorbidity risk factors that are of concern at different BMIs (lower for adults of an Asian family origin and higher for older people). Use clinical judgement when considering risk factors in these groups, even in people not classified as overweight or obese, using the classification in recommendation 1.2.7.	
		Il est recommandé de repérer systématiquement à la première consultation puis régulièrement le surpoids et l'obésité chez les patients consultant en médecine générale.	Accord d'experts
		Le médecin généraliste doit peser régulièrement et au mieux à chaque consultation tous les patients. Le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution.	Accord d'experts
	ICSI, 2013	Clinicians should calculate BMI for their patients on an annual basis for screening and as needed for management.	Strong, high level of evidence
		Clinicians need to carefully consider BMI and its associated mortality risk across different ethnicity, sex and age groups.	Strong, moderate level of evidence
1	CTF, 2015	We recommend measuring height, weight and calculating BMI at appropriate primary care visits.	Strong; very low-quality evidence
	SIGN, 2010	4.2. BMI should be used to classify overweight or obesity in adults	Grade B
	VA/DoD, 2014	1. Screen adult patients to establish a diagnosis of overweight or obesity by calculating BMI, and document the presence of overweight or obesity in the medical record.	Grade B
		2. Screen for overweight and obesity at least annually.	Expert opinion
	Canada, 2006	3. We recommend measuring BMI in all adults.	Grade A, level 3
	AHA, 2014	1a. Measure height and weight and calculate BMI at annual visits or more frequently.	Class I, level C
		1b. Use the current cutpoints for overweight (BMI 25.0–29.9 kg/m ²) and obesity (BMI ≥30 kg/m ²) to identify adults who may be at elevated risk of CVD and the current cutpoints for obesity (BMI ≥30 kg/m ²) to identify adults who may be at elevated risk of mortality from all causes.	Class I, level B
	AACE, 2016	R3. All adults should be screened annually using a BMI measurement; in most populations a cutoff point of ≥25 kg/m ² should be used to initiate further evaluation of overweight or obesity.	Grade A, BEL 2
		R4. BMI should be used to confirm an excessive degree of adiposity and to classify individuals as having overweight (BMI 25 to 29.9 kg/m ²) or obesity (BMI ≥30 kg/m ²), after taking into account age, gender, ethnicity, fluid status, and muscularity; therefore, clinical evaluation and judgment must be used when BMI is employed as the anthropometric indicator of excess adiposity, particularly in athletes and those with sarcopenia.	Grade A, BEL 2
		R7. A BMI cutoff point value of ≥23 kg/m ² should be used in the screening and confirmation of excess adiposity in South Asian, Southeast Asian, and East Asian adults.	Grade B; BEL 2
		R29. Patients with overweight or obesity should be reevaluated at intervals to monitor for any changes in adiposity and adiposity-related complications over time.	Grade A, BEL 2
	NHLBI, 1998	Practitioners should use the BMI to assess overweight and obesity. Body weight alone can be used to follow weight loss, and to determine efficacy of therapy.	Category C
		The BMI should be used to classify overweight and obesity and to estimate relative risk of disease compared to normal weight.	Category C
	NHMRC, 2013	2. For adults, use waist circumference, in addition to BMI, to refine assessment of risk of obesity-related comorbidities.	Grade C
2	NICE (CG189), 2014	1.2.3 Think about using waist circumference, in addition to BMI, in people with a BMI less than 35 kg/m ² .	
		1.2.9 Base assessment of the health risks associated with being overweight or obese in adults on BMI and waist circumference as follows: for men, waist circumference of less than 94 cm is low, 94–102 cm is high and more than 102 cm is very high and for women, waist circumference of less than 80 cm is low, 80–88 cm is high and more than 88 cm is very high.	
2	HAS, 2011	Pour un IMC supérieur à 25 kg/m ² et inférieur à 35 kg/m ² , l'examen clinique devra être complété par la mesure du tour de taille à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque.	Grade C

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
	ICSI, 2013	Clinicians should consider waist circumference measurement to estimate disease risk for patients who have normal or overweight BMI scores.	Strong, moderate level of evidence
		Waist circumference greater than or equal to 40 inches for males and 35 inches for females is an additional risk factor for complications related to obesity. Measuring waist circumference is recommended to further assess the patient.	Weak, moderate level of evidence
	SIGN, 2010	4.3. Waist circumference may be used, in addition to BMI, to refine assessment of risk of obesity-related comorbidities.	Grade C
	Canada, 2006	4. We recommend measuring waist circumference in all adults to assess obesity-related health risks.	Grade A, level 3
	AHA, 2014	1d. Measure waist circumference at annual visits or more frequently in overweight and obese adults. Advise adults that the greater the waist circumference, the greater the risk of CVD, type 2 diabetes, and all-cause mortality. The cutpoints currently in common use (from either NIH/NHLBI or WHO/IDF) may continue to be used to identify patients who may be at increased risk until further evidence becomes available.	Class IIa, level B
	AACE, 2016	R6. When evaluating patients for adiposity-related disease risk, waist circumference should be measured in all patients with BMI <35 kg/m ² . R6. In many populations, a waist circumference cutoff point of ≥94 cm in men and ≥80 cm in women should be considered at risk and consistent with abdominal obesity; in the United States (U.S.) and Canada, cutoff points that can be used to indicate increased risk are ≥102 cm for men and ≥88 cm for women.	Grade A, BEL 2
	AACE, 2016	R8. Region- and ethnic-specific cutoff point values for waist circumference should be used as measures of abdominal adiposity and disease risk; in South Asian, Southeast Asian, and East Asian adults, men with values ≥85 cm and women ≥74 to 80 cm should be considered at risk and consistent with abdominal obesity.	Grade B, BEL 2
	NHLBI, 1998	The waist circumference should be used to assess abdominal fat content. For adult patients with a BMI of 25 to 34.9 kg/m ² , sex-specific waist circumference cutoffs should be used in conjunction with BMI to identify increased disease risks.	Category C Category C
3	NICE (CG189), 2014	1.3.1 Make an initial assessment (see recommendations 1.3.6 and 1.3.8), then use clinical judgement to investigate comorbidities and other factors to an appropriate level of detail, depending on the person, the timing of the assessment, the degree of overweight or obesity, and the results of previous assessments.	
		1.3.6 Take measurements (see recommendations in section 1.2) to determine degree of overweight or obesity and discuss the implications of the person's weight. Then, assess: any presenting symptoms, any underlying causes of being overweight or obese, eating behaviours, any comorbidities (for example type 2 diabetes, hypertension, cardiovascular disease, osteoarthritis, dyslipidaemia and sleep apnoea), any risk factors assessed using lipid profile (preferably done when fasting), blood pressure measurement and HbA1c measurement, the person's lifestyle (diet and physical activity), any psychosocial distress, any environmental, social and family factors, including family history of overweight and obesity and comorbidities, the person's willingness and motivation to change lifestyle, the potential of weight loss to improve health any psychological problems, any medical problems and medication, the role of family and care workers in supporting individuals with learning disabilities to make lifestyle changes.	
	SIGN, 2010	8.1. When assessing patients with obesity, comorbidities and coexistent risk factors should be taken into account in the history and examination with further investigation as appropriate.	Recommended best practice
	VA/DoD, 2014	3. Assess for the presence of obesity-associated conditions among overweight patients or patients with increased waist circumference. 4. Perform a targeted assessment on overweight and obese patients. In addition to the basic medical history and physical examination, assess for factors contributing to obesity.	Grade B Expert opinion
	Canada, 2006	6. We recommend that the clinical evaluation of overweight and obese adults include a history and a general physical examination to exclude secondary (endocrine or syndrome-related) causes of obesity and obesity-related health risks and complications.	Grade A, level 3
		7. We recommend measuring fasting plasma glucose level and determining lipid profile, including total cholesterol, triglycerides, low-density lipoprotein (LDL) cholesterol, high-density lipoprotein (HDL) cholesterol and ratio of total cholesterol to HDL cholesterol, as screening tests in overweight and obese adults.	Grade A, level 3
		8. We suggest additional investigations, such as liver enzyme tests, urinalysis and sleep studies (when appropriate), to screen for and exclude other common obesity-related health problems.	Grade B, level 3
		9. We suggest that the health care professional screen the overweight or obese adult for eating disorders, depression and psychiatric disorders, as appropriate.	Grade B, level 3
AACE, 2016	R29. All patients with overweight or obesity should be clinically evaluated for weight-related complications because BMI alone is not sufficient to indicate the impact of excess adiposity on health status; therefore, the diagnostic evaluation of patients with obesity should include an anthropometric assessment of adiposity and a clinical assessment of weight-related complications.	Grade A, BEL 2	
AACE, 2013	R30. Patients should be followed by their primary care physician and have age and risk appropriate cancer screening before surgery.	Grade C; BEL 3	
4	NICE (CG189), 2014	1.3.2. Manage comorbidities when they are identified; do not wait until the person has lost weight.	
	HAS, 2011	Pour les patients ayant une obésité, il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial et de prendre en charge les comorbidités associées.	Accord d'experts
5	NICE (CG189), 2014	1.4.5 Ensure any healthcare professionals who deliver interventions for weight management have relevant competencies and have had specific training. 1.5.1 Deliver any behavioural intervention with the support of an appropriately trained professional.	
5	HAS, 2011	Un patient en excès de poids doit faire l'objet d'une prise en charge spécifique par le médecin de premier recours dans le cadre de consultations dédiées avec un suivi programmé.	Accord d'experts

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE																												
6		Si les objectifs thérapeutiques ne sont pas atteints malgré la prise en charge, au bout de 6 mois à un an le médecin peut faire appel à d'autres professionnels en accord avec le patient, et tout en continuant à le suivre (diététicien ou médecin spécialisé en nutrition, psychologue et/ou psychiatre, professionnels en activités physiques adaptées).	Accord d'experts																												
	SIGN, 2010	9.1 All practitioners delivering weight management services should be appropriately trained and qualified to deliver the specific interventions and have ongoing specialist supervision where relevant.	Recommended best practice																												
	Canada, 2006	11. Primary care health professionals are encouraged to work with other health care team members to develop a comprehensive weight management program for the overweight or obese person to promote and maintain weight loss.	Grade C, level 3																												
		20. We suggest that the optimal dietary plan for achieving healthy body weight and dietary counselling for adults be developed with a qualified and experienced health professional (preferably a registered dietitian) together with the individual and family to meet their needs.	Grade B, level 2																												
	AACE, 2016	R71. Involvement of an exercise physiologist or certified fitness professional in the care plan should be considered to individualize the physical activity prescription and improve outcomes.	Grade A, BEL 1																												
		R73. The behavior intervention package is effectively executed by a multidisciplinary team that includes dietitians, nurses, educators, physical activity trainers or coaches, and clinical psychologists.	Grade A; BEL 4																												
		R73. Psychologists and psychiatrists should participate in the treatment of eating disorders, depression, anxiety, psychoses, and other psychological problems that can impair the effectiveness of lifestyle intervention programs.	Grade B; BEL 2																												
	NHMRC, 2013	3. For adults who are overweight or obese, discuss readiness to change lifestyle behaviours.	Grade D																												
		4. Adults who are overweight or obese can be strongly advised that modest weight loss reduces cardiovascular risk factors.	Grade A																												
		5. Adults with prediabetes or diabetes can be strongly advised that the health benefits of modest weight loss include prevention, delayed progression or improved control of type 2 diabetes.	Grade A																												
6. Adults with kidney disease or sleep apnoea can be advised that improvements in these conditions are associated with a 5% weight loss.		Grade B																													
7. Adults with musculoskeletal problems, gastro-oesophageal reflux or urinary incontinence can be advised that weight loss of 5% or more may improve symptoms.		Grade C																													
8. Adults who are overweight or obese can be advised that quality of life, self-esteem and depression may improve even with small amounts of weight loss.		Grade C																													
NICE (CG189), 2014	1.2.11 Base the level of intervention to discuss with the patient initially as follows:	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">BMI classification</th> <th colspan="3">Waist circumference</th> <th rowspan="2">Comorbidities present</th> </tr> <tr> <th>Low</th> <th>High</th> <th>Very high</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Overweight</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Obesity I</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Obesity II</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Obesity III</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>1 General advice on healthy weight and lifestyle 2 Diet and physical activity 3 Diet and physical activity; consider drugs 4 Diet and physical activity; consider drugs; consider surgery</p>	BMI classification	Waist circumference			Comorbidities present	Low	High	Very high	Overweight	1	2	3	3	Obesity I	2	2	3	3	Obesity II	3	3	4	4	Obesity III	4	4	4	4	
	BMI classification	Waist circumference			Comorbidities present																										
		Low	High	Very high																											
	Overweight	1	2	3	3																										
	Obesity I	2	2	3	3																										
Obesity II	3	3	4	4																											
Obesity III	4	4	4	4																											
The level of intervention should be higher for patients with comorbidities (see section 1.3 for details), regardless of their waist circumference. Adjust the approach as needed, depending on the person's clinical need and potential to benefit from losing weight.																															
NICE (CG189), 2014	1.3.3 Offer people who are not yet ready to change the chance to return for further consultations when they are ready to discuss their weight again and willing or able to make lifestyle changes. Give them information on the benefits of losing weight, healthy eating and increased physical activity.																														
	1.4.11 Base the level of intensity of the intervention on the level of risk and the potential to gain health benefits (see recommendation 1.2.11).																														
HAS, 2011	Pour les patients en surpoids, l'objectif est avant tout de ne pas prendre de poids.	Accord d'experts																													
	En cas de tour de taille élevé (≥ 80 cm chez la femme, ≥ 94 cm chez l'homme), l'objectif est de stabiliser le poids et de réduire le tour de taille.	Accord d'experts																													
	En cas de comorbidité associée, l'objectif est la perte de poids et/ou la réduction du tour de taille.	Accord d'experts																													
	Pour les patients ayant une obésité, il est recommandé d'avoir pour objectif une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial et de prendre en charge les comorbidités associées.	Accord d'experts																													
	Stabiliser le poids est déjà un objectif intéressant pour les personnes ayant une obésité qui sont en situation d'échec thérapeutique.	Accord d'experts																													
Établir avec le patient ayant une obésité des objectifs de réduction pondérale réalistes (avec en moyenne une perte de poids de 1 à 2 kg/mois), en définissant des moyens adaptés dans le cadre d'un contrat thérapeutique.	Grade B																														
6	ICSI, 2013	Clinicians should use motivational interviewing techniques as a tool for encouraging behavior change.	Strong, moderate level of evidence																												
	SIGN, 2010	7.8 Healthcare professionals should make patients aware of the following health benefits associated with sustained modest weight loss:	Grade A																												

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
		<ul style="list-style-type: none"> improved lipid profiles and reduced osteoarthritis-related disability; lowered all-cause, cancer and diabetes mortality in some patient groups, reduced blood pressure, improved glycaemic control, reduction in risk of type 2 diabetes and potential for improved lung function in patients with asthma. 	
		7.8 The aim of weight loss and weight maintenance interventions should be to: improve pre-existing obesity-related comorbidities, reduce the future risk of obesity-related comorbidities and improve physical, mental and social well-being.	Recommended best practice
		7.8 Weight loss targets should be based on the individual's comorbidities and risks, rather than their weight alone: in patients with BMI 25-35 kg/m ² obesity-related comorbidities are less likely to be present and a 5-10 % weight loss (approximately 5-10 kgs) is required for cardiovascular disease and metabolic risk reduction; in patients with BMI>35 kg/m ² obesity-related comorbidities are likely to be present therefore weight loss interventions should be targeted to improving these comorbidities; in many individuals a greater than 15-20 % weight loss (will always be over 10 kg) will be required to obtain a sustained improvement in comorbidity. Some patients do not fit these categories. Patients from certain ethnic groups (eg South Asians) are more susceptible to the metabolic effects of obesity and related comorbidity is likely to present at lower BMI cut-off points than in individuals of European extraction. The thresholds for weight loss intervention should reflect the needs of the individual.	Recommended best practice
		7.8 Measurement of the success of the weight loss intervention should include a measurement of improvement in comorbidity as well as absolute weight loss.	Recommended best practice
		8.2 Healthcare professionals should discuss willingness to change with patients and then target weight loss interventions according to patient willingness around each component of behaviour required for weight loss, eg specific dietary and/or activity changes.	Grade D
	VA/DoD, 2014	14. Reach a shared understanding with overweight and obese patients about the risks of overweight and obesity, and the benefits of weight management.	Expert opinion
		15. Perform an in-depth clinical assessment in order to assess the risks and benefits of different weight management treatments and to develop a weight management plan.	Expert opinion
		16. Use motivational interviewing techniques to evoke patient motivation to accept and participate in weight loss treatments.	Expert opinion
	Canada, 2006	5. We suggest that health care professionals assess readiness and barriers to change before an individual implements a healthy lifestyle plan for weight control or management.	Grade B, level 3
	AHA, 2014	2. Counsel overweight and obese adults with cardiovascular risk factors (high BP, hyperlipidemia, and hyperglycemia) that lifestyle changes that produce even modest, sustained weight loss of 3%–5% produce clinically meaningful health benefits, and greater weight losses produce greater benefits. a. Sustained weight loss of 3%–5% is likely to result in clinically meaningful reductions in triglycerides, blood glucose, hemoglobin A1c, and the risk of developing type 2 diabetes; b. Greater amounts of weight loss will reduce BP, improve LDL–C and HDL–C, and reduce the need for medications to control BP, blood glucose, and lipids as well as further reduce triglycerides and blood glucose.	Class I, level A
	AACE, 2016	R1A. The principal outcome and therapeutic target in the treatment of obesity should be to improve the health of the patient by preventing or treating weight-related complications using weight loss, not the loss of body weight per se. R1B. The evaluation of patients for risk and existing burden of weight-related complications is a critical component of care and should be considered in clinical decisions and the therapeutic plan for weight-loss therapy. R30-R63. Therapeutic Benefits of Weight Loss in Patients with Overweight or Obesity	Grade D Grade D Variée
	NICE (PH53), 2014	7. Address the expectations and information needs of adults thinking about joining a lifestyle weight management programme.	
	NHLBI, 1998	Weight loss is recommended to lower elevated blood pressure in overweight and obese persons with high blood pressure.	Category A
		Weight loss is recommended to lower elevated levels of total cholesterol, LDL-cholesterol, and triglycerides, and to raise low levels of HDL-cholesterol in overweight and obese persons with dyslipidemia.	Category A
		Weight loss is recommended to lower elevated blood glucose levels in overweight and obese persons with type 2 diabetes.	Category A
		The initial goal of weight loss therapy should be to reduce body weight by approximately 10 percent from baseline. With success, further weight loss can be attempted if indicated through further assessment.	Category A
		Weight loss should be about 1 to 2 lb/week for a period of 6 months, with the subsequent strategy based on the amount of weight lost.	Category B
		Practitioners need to assess the patient's motivation to enter weight loss therapy; assess the readiness of the patient to implement the plan and then take appropriate steps to motivate the patient for treatment.	Category D
7	NHMRC, 2013	9. For adults who are overweight or obese, strongly recommend lifestyle change—including reduced energy intake, increased physical activity and measures to support behavioural change. 10. For adults who are overweight or obese, design dietary interventions that produce a 2500 kilojoule per day energy deficit and tailor programs to the dietary preferences of the individual.	Grade A Grade A

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
7		11. For adults who are overweight or obese, prescribe approximately 300 minutes of moderate intensity activity, or 150 minutes of vigorous activity, or an equivalent combination of moderate intensity and vigorous activities each week combined with reduced dietary intake.	Consensus-based recommendation
		14. For adults, include a self-management approach in weight management programs.	Grade C
	NICE (CG189), 2014	1.4.1 Multicomponent interventions are the treatment of choice. Ensure weight management programmes include behaviour change strategies (see recommendations 1.5.1-1.5.3) to increase people's physical activity levels or decrease inactivity, improve eating behaviour and the quality of the person's diet, and reduce energy intake.	
		1.5.2 Include the following strategies in behavioural interventions for adults, as appropriate: self-monitoring of behaviour and progress, stimulus control, goal setting, slowing rate of eating, ensuring social support, problem solving, assertiveness, cognitive restructuring (modifying thoughts), reinforcement of changes, relapse prevention and strategies for dealing with weight regain.	
		1.6.1 Encourage adults to increase their level of physical activity even if they do not lose weight as a result, because of the other health benefits it can bring (for example, reduced risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease). Encourage adults to do at least 30 minutes of moderate or greater intensity physical activity on 5 or more days a week. The activity can be in 1 session or several sessions lasting 10 minutes or more.	
		1.6.3 Encourage adults to build up to the recommended activity levels for weight maintenance, using a managed approach with agreed goals. Recommend types of physical activity, including: activities that can be incorporated into everyday life, such as brisk walking, gardening or cycling, supervised exercise programmes, other activities, such as swimming, aiming to walk a certain number of steps each day, or stair climbing. Take into account the person's current physical fitness and ability for all activities. Encourage people to also reduce the amount of time they spend inactive, such as watching television, using a computer or playing video games.	
		1.7.4 The main requirement of a dietary approach to weight loss is that total energy intake should be less than energy expenditure.	
		1.7.5 Diets that have a 600 kcal/day deficit (that is, they contain 600 kcal less than the person needs to stay the same weight) or that reduce calories by lowering the fat content (low-fat diets), in combination with expert support and intensive follow-up, are recommended for sustainable weight loss.	
		1.7.6 Consider low-calorie diets (800–1600 kcal/day), but be aware these are less likely to be nutritionally complete.	
		1.7.7 Do not routinely use very-low-calorie diets (800 kcal/day or less) to manage obesity.	
		1.7.8 Only consider very-low-calorie diets, as part of a multicomponent weight management strategy, for people who are obese and who have a clinically-assessed need to rapidly lose weight (for example, people who need joint replacement surgery or who are seeking fertility services). Ensure that: the diet is nutritionally complete, the diet is followed for a maximum of 12 weeks (continuously or intermittently) and the person following the diet is given ongoing clinical support.	
		1.7.9 Before starting someone on a very-low-calorie diet as part of a multicomponent weight management strategy: consider counselling and assess for eating disorders or other psychopathology to make sure the diet is appropriate for them; discuss the risks and benefits with them; tell them that this is not a long-term weight management strategy, and that regaining weight may happen and is not because of their own or their clinician's failure; and discuss the reintroduction of food following a liquid diet with them.	
	HAS, 2011	La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient.	Accord d'experts
		Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas.	Accord d'experts
		Lorsqu'un amaigrissement est envisagé (surpoids avec comorbidité ou obésité), le conseil nutritionnel vise à diminuer la ration énergétique en orientant le patient vers une alimentation de densité énergétique moindre et/ou un contrôle de la taille des portions.	Grade B
		Le médecin doit chercher à corriger un excès d'apports énergétiques et aider le patient à trouver un équilibre alimentaire à travers des modifications durables de ses habitudes alimentaires.	Accord d'experts
		Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, le médecin peut proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée (voir la fiche de conseils pour l'alimentation).	Accord d'experts
		Les patients doivent être encouragés à effectuer au moins 2 h 30 par semaine d'activité physique d'intensité modérée.	Grade B
		Pour en retirer un bénéfice supplémentaire pour la santé les adultes devraient augmenter la durée de leur activité physique d'intensité modérée de façon à atteindre 5 h par semaine (ou pratiquer 2 h 30 par semaine d'activité physique d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue).	Grade B
	Toutes les approches favorisant la relation médecin-patient ou l'aptitude au changement peuvent être prises en compte; mais les techniques cognitivocomportementales ont fait la preuve de leur efficacité.	Accord d'experts	
		CTF, 2015	For adults who are obese (BMI 30–39.9) and are at high risk of type 2 diabetes, we recommend that practitioners offer or refer to structured behavioural interventions aimed at weight loss. Structured interventions are intensive behavioural modification programs involving several sessions over weeks to months. Recommended interventions include behaviourally based interventions focused on diet, exercise or lifestyle changes, alone or in combination. Lifestyle changes include counselling, education or support, and/or environmental changes in addition to changes in exercise and/or diet.
For adults who are overweight or obese, we recommend that practitioners offer or refer to structured behavioural interventions aimed at weight loss. Structured interventions are as defined in the previous recommendation.			Weak; moderate-quality evidence
USPTF, 2018		Clinicians offer or refer adults with a BMI of 30 or higher (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared) to intensive, multicomponent behavioral interventions	Grade B

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
7	SIGN, 2010	9.4 Weight management programmes should include physical activity, dietary change and behavioural components.	Grade A
		9.4 Reducing inactivity should be a component of weight management programmes.	Recommended best practice
		10.8 Dietary interventions for weight loss should be calculated to produce a 600 kcal/day energy deficit. Programmes should be tailored to the dietary preferences of the individual patient.	Grade A
		10.8 Where very low-calorie diets are indicated for rapid weight loss, these should be conducted under medical supervision.	Grade D
		11.3 Overweight or obese individuals should be supported to undertake increased physical activity as part of a multicomponent weight management programme.	Grade A
		11.3 Overweight and obese individuals should be prescribed a volume of physical activity equal to approximately 1,800-2,500 kcal/week. This corresponds to approximately 225-300 min/week of moderate intensity physical activity (which may be achieved through five sessions of 45-60 minutes per week, or lesser amounts of vigorous physical activity).	Grade B
		12. Individual or group based psychological interventions should be included in weight management programmes.	Grade A
	VA/DoD, 2014	7. Offer comprehensive lifestyle intervention to achieve weight loss and to improve blood pressure and/or glucose control in overweight patients.	Grade A
		8. Offer comprehensive lifestyle intervention to overweight patients with dyslipidemia for weight loss and to improve lipid levels.	Grade B
		9. Current evidence is insufficient to recommend for or against offering comprehensive lifestyle intervention for weight loss to overweight patients with degenerative joint disease, non-alcoholic fatty liver disease, and/or obstructive sleep apnea to reduce harms of these conditions.	Insufficient evidence
		10. Offer obese patients comprehensive lifestyle intervention for weight loss to improve lipid levels, blood pressure, and/or glucose control.	Grade A
		11. Offer obese patients comprehensive lifestyle intervention for weight loss to reduce harms of obstructive sleep apnea.	Grade B
		12. Consider offering obese patients comprehensive lifestyle intervention for weight loss to reduce harms of degenerative joint disease.	Grade C
		13. Current evidence is insufficient to support weight loss through comprehensive lifestyle intervention for reducing harms of non-alcoholic fatty liver disease.	Insufficient evidence
		19. Plan a net deficit of 500 to 1,000 kcal/day addressing both diet and physical activity to achieve a weight loss of 0.5 to 2 pounds per week, resulting in a 5-10% reduction in body weight over 6 months.	Grade A
		26. Offer any of several diets that produce a caloric deficit and have evidence for weight loss efficacy and safety (e.g., low-carbohydrate, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), low-fat).	Grade A
		27. Offer very-low-calorie diets for weight loss, but only for short durations (12-16 weeks) and under close medical supervision.	Grade B
		28. Offer meal replacements to achieve low-calorie or very low-calorie diets.	Grade A
		29. Offer physical activity elements (e.g., home fitness, lifestyle, or structured/supervised physical activities) that can be combined to produce a caloric deficit leading to weight loss.	Grade A
		30. Offer physical activity options that include short intermittent bursts (at least 10 minutes) as well as longer continuous exercise.	Grade A
		31. Offer, as part of a comprehensive lifestyle intervention, moderate-intensity physical activity performed for at least 150 minutes/week to result in weight loss.	Grade A
		32. Offer, as part of comprehensive lifestyle intervention, moderate-intensity physical activity performed for 200-300 minutes per week to prevent weight regain after initial weight loss.	Expert opinion
	Canada, 2006	10. We recommend a comprehensive healthy lifestyle intervention for overweight and obese people.	Grade A, level 1
		10. We suggest that members of the health care team discuss with those willing to participate in weight management programs appropriate education, support and therapy as adjuncts to lifestyle interventions.	Grade B, level 2
		14. We recommend an energy-reduced diet and regular physical activity as the first treatment option for overweight and obese adults to achieve clinically important weight loss and reduce obesity-related symptoms.	Grade A, level 2
		17. We suggest that individuals willing to participate in weight management programs be provided with education and support in behaviour modification techniques as an adjunct to other interventions.	Grade B, level 2
		18. We recommend comprehensive lifestyle interventions (combining behaviour modification techniques, cognitive behavioural therapy, activity enhancement and dietary counselling) for all obese adults.	Grade A, level 1
	Canada, 2006	21. We recommend that a nutritionally balanced diet (designed to reduce energy intake) be combined with other supportive interventions to achieve a healthy body weight in overweight and obese people of all.	Grade C, level 4
		23. Meal replacements may be considered as a component of an energy-reduced diet for selected adults interested in commencing a dietary weight-loss program.	Grade C, level 2
		27. We suggest physical activity (30 minutes a day of moderate intensity, increasing, when appropriate, to 60 minutes a day) as part of an overall weight-loss program.	Grade B, level 2
	AHA, 2014	3a. Prescribe a diet to achieve reduced calorie intake for obese or overweight individuals who would benefit from weight loss, as part of a comprehensive lifestyle intervention. Any one of the following methods can be used to reduce food and calorie intake: a. Prescribe 1,200–1,500 kcal/d for women and 1,500–1,800 kcal/d for men (kilocalorie levels are usually adjusted for the individual's body weight); b. Prescribe a 500-kcal/d or 750-kcal/d energy deficit; or	Class I, level A

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
		c. Prescribe one of the evidence-based diets that restricts certain food types (such as high-carbohydrate foods, low-fiber foods, or high-fat foods) in order to create an energy deficit by reduced food intake.	
		3b. Prescribe a calorie-restricted diet, for obese and overweight individuals who would benefit from weight loss, based on the patient's preferences and health status, and preferably refer to a nutrition professional for counseling. A variety of dietary approaches can produce weight loss in overweight and obese adults.	Class I, level A
		4e. Use a very-low-calorie diet (defined as <800 kcal/d) only in limited circumstances and only when provided by trained practitioners in a medical care setting where medical monitoring and high-intensity lifestyle intervention can be provided. Medical supervision is required because of the rapid rate of weight loss and potential for health complications.	Class IIa, level A
	AACE, 2016	R64. A structured lifestyle intervention program designed for weight loss (lifestyle therapy) and consisting of a healthy meal plan, physical activity, and behavioral interventions should be available to patients who are being treated for overweight or obesity.	Grade A, BEL 1
		R65. Reducing total energy (caloric) intake should be the main component of any weight-loss intervention.	Grade A, BEL 1
		R67. Aerobic physical activity training should be prescribed to patients with overweight or obesity as a component of lifestyle intervention; the initial prescription may require a progressive increase in the volume and intensity of exercise, and the ultimate goal should be ≥150 min/week of moderate exercise performed during 3 to 5 daily sessions per week.	Grade A, BEL 1
		R68. Resistance training should be prescribed to patients with overweight or obesity undergoing weight-loss therapy to help promote fat loss while preserving fat-free mass; the goal should be resistance training 2 to 3 times per week consisting of single-set exercises that use the major muscle groups.	Grade A, BEL 1
		R69. An increase in nonexercise and active leisure activity should be encouraged to reduce sedentary behavior in all patients with overweight or obesity.	Grade A, BEL 1
		R72. Lifestyle therapy in patients with overweight or obesity should include behavioral interventions that enhance adherence to prescriptions for a reduced-calorie meal plan and increased physical activity (behavioral interventions can include: self-monitoring of weight, food intake, and physical activity; clear and reasonable goal-setting; education pertaining to obesity, nutrition, and physical activity; face-to-face and group meetings; stimulus control; systematic approaches for problem solving; stress reduction; cognitive restructuring [i.e., cognitive behavioral therapy], motivational interviewing; behavioral contracting; psychological counseling; and mobilization of social support structures).	Grade A; BEL 1
		R74. Behavioral lifestyle intervention and support should be intensified if patients do not achieve a 2.5% weight loss in the first month of treatment, as early weight reduction is a key predictor of long-term weight-loss success.	Grade A; BEL 1
	NICE (PH53), 2014	6. Refer overweight and obese adults to a lifestyle weight management programme.	
		9. Commission programmes that include the core components for effective weight loss.	
		11. Provide lifestyle weight management programmes based on the core components for effective weight loss and to prevent weight regain.	
	NHLBI, 1998	Low-calorie diets are recommended for weight loss in overweight and obese persons.	Category A
		Reducing fat as part of a low-calorie diet is a practical way to reduce calories.	Category A
		A diet that is individually planned to help create a deficit of 500 to 1,000 kcal/day should be an integral part of any program aimed at achieving a weight loss of 1 to 2 lb/week.	Category A
		Physical activity is recommended as part of a comprehensive weight loss therapy and weight control program because it: (1) modestly contributes to weight loss in overweight and obese adults, (2) may decrease abdominal fat, (3) increases cardiorespiratory fitness, and (4) may help with maintenance of weight loss.	
		Physical activity should be an integral part of weight loss therapy and weight maintenance. Initially, moderate levels of physical activity for 30 to 45 minutes, 3 to 5 days a week, should be encouraged. All adults should set a long-term goal to accumulate at least 30 minutes or more of moderate intensity physical activity on most, and preferably all, days of the week.	Category B
		The combination of a reduced calorie diet and increased physical activity is recommended since it produces weight loss that may also result in decreases in abdominal fat and increases in cardiorespiratory fitness.	Category A
		Behavior therapy is a useful adjunct when incorporated into treatment for weight loss and weight maintenance.	Category B
		Weight loss and weight maintenance therapy should employ the combination of low-calorie diets, increased physical activity, and behavior therapy.	Category A
	FESNAD, 2012	1. Body weight increase may be prevented through the use of diets containing lower energy density food	Degree A
		4. The use of smaller portions limits the energy intake.	Degree B
7	FESNAD, 2012	16. An energy deficit of between 500 and 1000 kcal/day from the energy needs of the obese adult patient is enough for inducing an 8% weight loss over the first 6 months of treatment.	Degree A
		17. Restriction of the size of the consumed portions and/or of the energy density of the diet are effective strategic measures for reducing weight in obese patients through dietary management.	Degree D
		27. The replacement or substitution of some meals with meal replacement preparations, in the context of hypocaloric diets, may be useful for achieving weight loss and for maintaining weight loss in obese or overweight adults.	Degree D
		28. The very low calorie diets might be used in the dietary management of patients with obesity, yet always with a concrete clinical indication and under close and strict medical follow-up.	Degree D
8	NHMRC, 2013	12. For adults with BMI ≥ 30 kg/m ² , or adults with BMI ≥ 27 kg/m ² and comorbidities, orlistat may be considered as an adjunct to lifestyle interventions, taking into account the individual situation.	Grade A

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
	NICE (CG189), 2014	1.8.1 Consider pharmacological treatment only after dietary, exercise and behavioural approaches have been started and evaluated.	
		1.8.2 Consider drug treatment for people who have not reached their target weight loss or have reached a plateau on dietary, activity and behavioural changes.	
		1.9.1 Pharmacological treatment may be used to maintain weight loss rather than to continue to lose weight.	
		1.9.4 Monitor the effect of drug treatment and reinforce lifestyle advice and adherence through regular review.	
		1.9.5 Consider withdrawing drug treatment in people who have not reached weight loss targets (see recommendation 1.9.8 for details).	
		1.9.7 Only prescribe orlistat as part of an overall plan for managing obesity in adults who meet 1 of the following criteria: a BMI of 28 kg/m ² or more with associated risk factors or a BMI of 30 kg/m ² or more.	
		1.9.8 Continue orlistat therapy beyond 3 months only if the person has lost at least 5% of their initial body weight since starting drug treatment. (See also recommendation 1.9.6 for advice on targets for people with type 2 diabetes.)	
		1.9.9 Make the decision to use drug treatment for longer than 12 months (usually for weight maintenance) after discussing potential benefits and limitations with the person.	
		1.9.10 The co-prescribing of orlistat with other drugs aimed at weight reduction is not recommended.	
		HAS, 2011	Au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs, et des interactions médicamenteuses (entre autres avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux), la prescription d'orlistat n'est pas recommandée.
CTF, 2015	For adults who are overweight or obese, we recommend that practitioners not routinely offer pharmacologic interventions (orlistat or metformin) aimed at weight loss.	Weak; moderate-quality evidence	
SIGN, 2010	13.1 Orlistat should only be used where diet, physical activity and behavioural changes are supported.	Recommended best practice	
	13.1 Orlistat should be considered as an adjunct to lifestyle interventions in the management of weight loss. Patients with BMI ≥28 kg/m ² (with comorbidities) or BMI ≥30 kg/m ² should be considered on an individual case basis following assessment of risk and benefit.	Grade A	
	13.1 Therapy with orlistat should be continued beyond 12 weeks only if the patient has lost at least 5% of their initial body weight since starting drug treatment. Therapy should then be continued for as long as there are clinical benefits (eg prevention of significant weight regain). This may involve medication use outside current licence. Ongoing risks and benefits should be discussed with patients.	Recommended best practice	
VA/DoD, 2014	33. Offer pharmacotherapy with the combination phentermine/topiramate extended release to patients with a BMI ≥30 kg/m ² and to those with a BMI ≥27 kg/m ² who also have obesity-associated conditions, as an adjunct to comprehensive lifestyle intervention, when lifestyle interventions alone do not produce the desired weight loss.	Grade A	
	34. Offer pharmacotherapy with orlistat or lorcaserin to patients with a BMI ≥30 kg/m ² and to those with a BMI ≥27 kg/m ² who also have obesity-associated conditions, as an adjunct to comprehensive lifestyle intervention, when lifestyle interventions alone do not produce the desired weight loss.	Grade B	
	35. Offer pharmacotherapy (i.e., orlistat, lorcaserin, combination phentermine/topiramate extended-release) as an adjunct to comprehensive lifestyle intervention, to patients with obesity-associated conditions, for its beneficial effects on type 2 diabetes, hypertension, and/or dyslipidemia.	Grade B	
	36. Offer patients who achieve their weight loss goal a program that includes continued use of medication for weight maintenance.	Grade B	
Canada, 2006	31. We suggest the addition of a selected pharmacologic agent for appropriate overweight or obese adults, who are not attaining or who are unable to maintain clinically important weight loss with dietary and exercise therapy, to assist in reducing obesity-related symptoms.	Grade B, level 2	
AACE, 2016	R76. Pharmacotherapy for overweight and obesity should be used only as an adjunct to lifestyle therapy and not alone.	Grade A; BEL 1	
	R77. The addition of pharmacotherapy produces greater weight loss and weight-loss maintenance compared with lifestyle therapy alone.	Grade A; BEL 1	
	R78. The concurrent initiation of lifestyle therapy and pharmacotherapy should be considered in patients with weight-related complications that can be ameliorated by weight loss.	Grade A; BEL 1	
	R79. Pharmacotherapy should be offered to patients with obesity, when potential benefits outweigh the risks, for the chronic treatment of the disease.	Grade A; BEL 1	
8	AACE, 2016	R79. Short-term treatment (3 to 6 months) using weight-loss medications has not been demonstrated to produce longer-term health benefits and cannot be generally recommended based on scientific evidence.	Grade B; BEL 1
		R80. In selecting the optimal weight-loss medication for each patient, clinicians should consider differences in efficacy, side effects, cautions, and warnings that characterize medications approved for chronic management of obesity, and the presence of weight-related complications and medical history; these factors are the basis for individualized weight-loss pharmacotherapy; a generalizable hierarchical algorithm for medication preferences that would be applicable to all patients cannot currently be scientifically justified.	Grade A; BEL 1
	NHLBI, 1998	Weight loss drugs approved by the FDA may be used as part of a comprehensive weight loss program, including dietary therapy and physical activity for patients with a BMI of ≥30 with no concomitant obesity-related risk factors or diseases, and for patients with a BMI of ≥27 with concomitant obesity-related risk factors or diseases. Weight loss drugs should never be used without concomitant lifestyle modifications. Continual assessment of drug therapy for efficacy and safety is necessary. If the drug is efficacious in helping the patient to lose and/or maintain weight loss and there are no serious adverse effects, it can be continued. If not, it should be discontinued.	Category B
9	NHMRC, 2013	13. For adults with BMI > 40 kg/m ² , or adults with BMI > 35 kg/m ² and comorbidities that may improve with weight loss, bariatric surgery may be considered, taking into account the individual situation.	Grade A

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
9	NICE (CG189), 2014	1.10.1 Bariatric surgery is a treatment option for people with obesity if all of the following criteria are fulfilled: they have a BMI of 40 kg/m ² or more, or between 35 kg/m ² and 40 kg/m ² and other significant disease (for example, type 2 diabetes or high blood pressure) that could be improved if they lost weight; all appropriate non-surgical measures have been tried but the person has not achieved or maintained adequate, clinically beneficial weight loss; the person has been receiving or will receive intensive management in a tier 3 service; the person is generally fit for anaesthesia and surgery and the person commits to the need for long-term follow-up.	
		1.10.7 In addition to the criteria listed in 1.10.1, bariatric surgery is the option of choice (instead of lifestyle interventions or drug treatment) for adults with a BMI of more than 50 kg/m ² when other interventions have not been effective.	
		1.3.7 Consider referral to tier 3 services if: the underlying causes of being overweight or obese need to be assessed, the person has complex disease states or needs that cannot be managed adequately in tier 2 (for example, the additional support needs of people with learning disabilities), conventional treatment has been unsuccessful, drug treatment is being considered for a person with a BMI of more than 50 kg/m ² , specialist interventions (such as a very-low-calorie diet) may be needed or surgery is being considered.	
	SIGN, 2010	14.7 Bariatric surgery should be included as part of an overall clinical pathway for adult weight management.	Recommended best practice
		14.7 Bariatric surgery should be considered on an individual case basis following assessment of risk/benefit in patients who fulfil the following criteria: BMI ≥35 kg/m ² , presence of one or more severe comorbidities which are expected to improve and significantly with weight reduction (eg severe mobility problems, arthritis, T2D) and evidence of completion of a structured weight management programme involving diet, physical activity, psychological and drug interventions, not resulting in significant and sustained improvement in the comorbidities.	Grade C
	VA/DoD, 2014	37. Offer bariatric surgery, as an adjunct to comprehensive lifestyle intervention, for weight loss in adult patients with a BMI >40 kg/m ² or those with BMI 35.0-39.9 kg/m ² with one or more obesity-associated conditions.	Grade A
		38. Offer bariatric surgery, as an adjunct to comprehensive lifestyle intervention, to improve some obesity-associated conditions in adult patients with a BMI >35.0 kg/m ² .	Grade A
		39. Current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of offering bariatric surgery as an adjunct to comprehensive lifestyle intervention, for weight loss or to improve some obesity-associated conditions, to patients over age 65 or with a BMI <35 kg/m ² .	Insufficient evidence
	Canada, 2006	35. We suggest that adults with clinically severe obesity (BMI ≥ 40 kg/m ² or ≥ 35 kg/m ² with severe comorbid disease) may be considered for bariatric surgery when lifestyle intervention is inadequate to achieve healthy weight goals.	Grade B, level 2
	AHA, 2014	5a. Advise adults with a BMI ≥40 kg/m ² or BM ≥35 kg/m ² with obesity-related comorbid conditions who are motivated to lose weight and who have not responded to behavioral treatment with or without pharmacotherapy with sufficient weight loss to achieve targeted health outcome goals that bariatric surgery may be an appropriate option to improve health and offer referral to an experienced bariatric surgeon for consultation and evaluation.	Class IIa, level A
		5b. For individuals with a BMI <35 kg/m ² , there is insufficient evidence to recommend for or against undergoing bariatric surgical procedures.	No recommendation
	AACE, 2016	R120. Patients with a BMI of ≥40 kg/m ² without coexisting medical problems and for whom the procedure would not be associated with excessive risk should be eligible for bariatric surgery.	Grade A; BEL 1
R121. Patients with a BMI of ≥35 kg/m ² and 1 or more severe obesity-related complications, including T2DM, hypertension, obstructive sleep apnea, obesity-hypoventilation syndrome, Pickwickian syndrome, non-alcoholic fatty liver disease or 93on-alcoholic steatohepatitis, pseudotumor cerebri, gastroesophageal reflux disease, asthma, venous stasis disease, severe urinary incontinence, debilitating arthritis, or considerably impaired quality of life may also be considered for a bariatric surgery procedure. Patients with BMI of 30 to 34.9 kg/m ² with diabetes or metabolic syndrome may also be considered for a bariatric procedure, although current evidence is limited by the number of patients studied and lack of long-term data demonstrating net benefit. <ul style="list-style-type: none"> • BMI ≥35 kg/m² and therapeutic target of weight control and improved biochemical markers of CVD risk. • BMI ≥30 kg/m² and therapeutic target of weight control and improved biochemical markers of CVD risk • BMI ≥30 kg/m² and therapeutic target of glycemic control in T2DM and improved biochemical markers of CVD risk 		Grade A; BEL 1 Grade B; BEL 2 Grade C; BEL 3	
AACE, 2016	R122. Independent of BMI criteria, there is insufficient evidence for recommending a bariatric surgical procedure specifically for glycemic control alone, lipid lowering alone, or CVD risk reduction alone.	Grade D	
AACE, 2013	R1. Patients with a BMI ≥40 kg/m ² without coexisting medical problems and for whom bariatric surgery would not be associated with excessive risk should be eligible for bariatric procedures.	Grade A, BEL 1	
	R2. Patients with a BMI ≥35 kg/m ² and 1 or more severe obesity-related co-morbidities, including T2D, hypertension, hyperlipidemia, obstructive sleep apnea (OSA), obesity-hypoventilation syndrome (OHS), Pickwickian syndrome (a combination of OSA and OHS), non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) or nonalcoholic steatohepatitis (NASH), pseudotumor cerebri, gastroesophageal reflux disease (GERD), asthma, venous stasis disease, severe urinary incontinence, debilitating arthritis, or considerably impaired quality of life, may also be offered a bariatric procedure. Patients with BMI of 30-34.9 kg/m ² with diabetes or metabolic syndrome may also be offered a bariatric procedure although current evidence is limited by the number of subjects studied and lack of long-term data demonstrating net benefit. <ul style="list-style-type: none"> • BMI ≥35 kg/m² and therapeutic target of weight control and improved biochemical markers of cardiovascular disease [CVD] risk • BMI ≥30 kg/m² and therapeutic target of weight control and improved biochemical markers of CVD risk 	Grade A, BEL 1	

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
		<ul style="list-style-type: none"> BMI ≥ 30 kg/m² and therapeutic target of glycemic control in T2D and improved biochemical markers of CVD risk. 	Grade B, BEL 2 Grade C, BEL 3
		R3. There is insufficient evidence for recommending a bariatric surgical procedure specifically for glycemic control alone, lipid lowering alone, or cardiovascular disease risk reduction alone, independent of BMI criteria.	Grade D
		R5. Bariatric procedures should be considered to achieve optimal outcomes regarding health and quality of life when the amount of weight loss needed to prevent or treat clinically significant obesity-related complications cannot be obtained using only structured lifestyle change with medical therapy.	Grade B, BEL 2
	NHLBI, 1998	Weight loss surgery is an option for carefully selected patients with clinically severe obesity (BMI ≥ 40 or ≥ 35 with comorbid conditions) when less invasive methods of weight loss have failed and the patient is at high risk for obesity-associated morbidity or mortality.	Category B
A clinical decision to forego obesity treatment in older adults should be guided by an evaluation of the potential benefits of weight reduction for day-to-day functioning and reduction of the risk of future cardiovascular events, as well as the patient's motivation for weight reduction. Care must be taken to ensure that any weight reduction program minimizes the likelihood of adverse effects on bone health or other aspects of nutritional status.		Category D	
10	VA/DoD, 2014	40. Engage all patients who are candidates for bariatric surgery in a general discussion of the benefits and potential risks. If more detailed information is requested by the patient to assist in the decision-making process, a consultation with a bariatric surgical team should occur.	Expert opinion
	AACE, 2013	R8. Patients should also be provided with educational materials and access to preoperative educational sessions at prospective bariatric surgery centers.	Grade D
11	NICE (CG189), 2014	1.10.6 The surgeon in the multidisciplinary team should: have had a relevant supervised training programme, have specialist experience in bariatric surgery and submit data for a national clinical audit scheme.	
		1.10.8 Orlistat may be used to maintain or reduce weight before surgery for people who have been recommended surgery as a first-line option, if it is considered that the waiting time for surgery is excessive.	
		1.10.9 Surgery for obesity should be undertaken only by a multidisciplinary team that can provide: preoperative assessment, including a risk-benefit analysis that includes preventing complications of obesity, and specialist assessment for eating disorder(s), information on the different procedures, including potential weight loss and associated risks, regular postoperative assessment, including specialist dietetic and surgical follow-up (see 1.12.1), management of comorbidities, psychological support before and after surgery and information on, or access to, plastic surgery (such as apronectomy) when appropriate access to suitable equipment, including scales, theatre tables, Zimmer frames, commodes, hoists, bed frames, pressure-relieving mattresses and seating suitable for people undergoing bariatric surgery, and staff trained to use them.	
	SIGN, 2010	9.1 All practitioners delivering weight management services should be appropriately trained and qualified to deliver the specific interventions and have ongoing specialist supervision where relevant.	Recommended best practice
		14.7 Bariatric surgery should be part of a programme of care that is delivered by a multidisciplinary team including surgeons, dietitians, nurses, psychologists and physicians. There should be close communication between health professionals for effective management of patients' comorbidities as weight loss occurs.	Recommended best practice
		14.7 Specialist psychological/psychiatric opinion should be sought as to which patients require assessment/treatment prior to or following surgery.	Recommended best practice
		14.7 Dietary counselling should be provided before and after surgery. A standard dose of a multivitamin and micronutrient supplement could be considered post malabsorptive bariatric procedures.	Recommended best practice
	AACE, 2013	R27. A psychosocial-behavioral evaluation, which assesses environmental, familial, and behavioral factors, should be required for all patients before bariatric surgery.	Grade C; BEL 3
		R28. All patients should undergo evaluation of their ability to incorporate nutritional and behavioral changes before and after bariatric surgery.	Grade C; BEL 3
		R29. All patients should undergo an appropriate nutritional evaluation, including micronutrient measurements, before any bariatric surgical procedure. In comparison with purely restrictive procedures, more extensive perioperative nutritional evaluations are required for malabsorptive procedures.	Grade A, BEL 1
11	NICE (PH53), 2014	14. Provide continuing professional development on lifestyle weight management for health and social care professionals.	
	FESNAD, 2012	30. The use of very low calorie diets might be necessary in the preoperative preparation for bariatric surgery in patients with hepatic steatosis and increased surgical risk, always under close medical control and with due consideration of the possible adverse effects that might be observed.	Degree B
12	NHMRC, 2013	15. For active weight management in adults, arrange fortnightly review for the first 3 months and plan for continuing monitoring for at least 12 months, with additional intervention as required.	Grade B
		16. For adults who achieve initial weight loss, strongly recommend the adoption of specific strategies, appropriate to their individual situation, to minimise weight regain.	Grade A
	NICE (CG189), 2014	1.1.9 Offer regular, non-discriminatory long-term follow-up by a trained professional. Ensure continuity of care in the multidisciplinary team through good record keeping.	
		1.7.10 Provide a long-term multicomponent strategy to help the person maintain their weight after the use of a very-low-calorie diet. (See recommendation 1.4.1.)	
HAS, 2011	1.7.11 Encourage people to eat a balanced diet in the long term, consistent with other healthy eating advice.		
	La fréquence des consultations doit être adaptée afin de parvenir à la perte pondérale visée et de la maintenir. La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours. Les modifications de comportement obtenues pour l'activité physique, et l'alimentation doivent être maintenues sur le long terme.	Accord d'experts Accord d'experts Accord d'experts	

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
	SIGN, 2010	9.5 Delivery of evidence-based weight management programmes through the internet should be considered as part of a range of options for patients with obesity.	Grade B
	VA/DoD, 2014	17. Convey the importance of weight loss and maintenance as a lifelong commitment rather than a brief episode of treatment.	Expert opinion
		18. Offer patients at least 12 contacts within 12 months of a comprehensive lifestyle intervention that combines dietary, physical activity and behavioral strategies.	Grade B
		20. Assess adherence to the weight loss program one-to-two times per month by measuring the patient's weight and providing feedback and ongoing support.	Expert opinion
		21. Re-evaluate the treatment plan for patients who have lost an average of less than 0.5 pound per week.	Expert opinion
		22. Offer patients who have met their weight loss goals a comprehensive maintenance program consisting of behavioral components and ongoing support.	Grade B
		23. Offer comprehensive lifestyle interventions for weight loss, in either individual or group setting.	Grade B
		24. Offer telephone-based comprehensive lifestyle intervention for weight loss, either as an alternative or an adjunct to face-to-face intervention.	Grade B
	25. There is insufficient evidence for or against offering internet-based comprehensive lifestyle intervention for weight loss, as an alternate or adjunct to face-to-face.	Insufficient evidence	
	Canada, 2006	25. We suggest long-term, regular physical activity, which is associated with maintenance of body weight or a modest reduction in body weight for all overweight and obese people.	Grade B, level 2
	AHA, 2014	4a. Advise overweight and obese individuals who would benefit from weight loss to participate for >6 months in a comprehensive lifestyle program that assists participants in adhering to a lower-calorie diet and in increasing physical activity through the use of behavioral strategies.	Class I, level A
		4b. Prescribe on-site, high-intensity (i.e., 14 sessions in 6 mo) comprehensive weight loss interventions provided in individual or group sessions by a trained interventionist.	Class I, level A
		4c. Electronically delivered weight loss programs (including by telephone) that include personalized feedback from a trained interventionist can be prescribed for weight loss but may result in smaller weight loss than face-to-face interventions.	Class IIa, level A
		4f. Advise overweight and obese individuals who have lost weight to participate long term (1 year) in a comprehensive weight loss maintenance program.	Class I, level A
		4g. For weight loss maintenance, prescribe face-to-face or telephone-delivered weight loss maintenance programs that provide regular contact (monthly or more frequently) with a trained interventionist who helps participants engage in high levels of physical activity (i.e., 200–300 min/wk), monitor body weight regularly (i.e., weekly or more frequently), and consume a reduced-calorie diet (needed to maintain lower body weight).	Class I, level A
AACE, 2016	R29. Patients with overweight or obesity should be reevaluated at intervals to monitor for any changes in adiposity and adiposity-related complications over time.	Grade A, BEL 2	
NHLBI, 1998	A weight maintenance program should be a priority after the initial 6 months of weight loss therapy.	Category B	
	The literature suggests that weight loss and weight maintenance therapies that provide a greater frequency of contacts between the patient and the practitioner and are provided over the long term should be utilized whenever possible. This can lead to more successful weight loss and weight maintenance.	Category C	
13	NICE (CG189), 2014	1.10.10 Carry out a comprehensive preoperative assessment of any psychological or clinical factors that may affect adherence to postoperative care requirements (such as changes to diet) before performing surgery.	
	AACE, 2016	R123. All patients should undergo pre-operative evaluation for weight-related complications and causes of obesity, with special attention directed to factors that could affect a recommendation for bariatric surgery or be ameliorated by weight loss resulting from the procedure.	Grade A, BEL 1
	AACE, 2013	R5. All patients should undergo preoperative evaluation for obesity-related co-morbidities and causes of obesity, with special attention directed to those factors that could affect a recommendation for bariatric surgery.	Grade A, BEL 1
R6. The preoperative evaluation must include a comprehensive medical history, psychosocial history, physical examination, and appropriate laboratory testing to assess surgical risk (Table 6).		Grade A, BEL 1	
14	NICE (CG189), 2014	1.10.2 The hospital specialist and/or bariatric surgeon should discuss the following with people who are severely obese if they are considering surgery to aid weight reduction: the potential benefits, the longer-term implications of surgery, associated risks, complications and perioperative mortality. The discussion should also include the person's family, as appropriate.	
		1.10.3 Choose the surgical intervention jointly with the person, taking into account: the degree of obesity, comorbidities, the best available evidence on effectiveness and long-term effects, the facilities and equipment available, the experience of the surgeon who would perform the operation.	
	AHA, 2014	5c. Advise patients that choice of a specific bariatric surgical procedure may be affected by patient factors, including age, severity of obesity/BMI, obesity-related comorbid conditions, other operative risk factors, risk of short- and long-term complications, behavioral and psychosocial factors, and patient tolerance for risk, as well as provider factors (surgeon and facility).	Class IIb, level C
	AACE, 2013	R4. The best choice for any bariatric procedure (type of procedure and type of approach) depends on the individualized goals of therapy (e.g., weight loss and/or metabolic [glycemic] control), available local-regional expertise (surgeon and institution), patient preferences, and personalized risk stratification.	Grade D
R4. At this time, there is still insufficient evidence to generalize in favor of one bariatric surgical procedure for the severely obese population.		Grade D	
15	NICE (CG189), 2014	1.10.4 Provide regular, specialist postoperative dietetic monitoring, including: information on the appropriate diet for the bariatric procedure, monitoring of the person's micronutrient status, information on patient support groups, individualised nutritional supplementation, support and guidance to achieve long-term weight loss and weight maintenance.	

ÉTAPE	GUIDE	RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE	GRADE, NIVEAU D'ÉVIDENCE
		1.12.1 Offer people who have had bariatric surgery a follow-up care package for a minimum of 2 years within the bariatric service. This should include: monitoring nutritional intake (including protein and vitamins) and mineral deficiencies, monitoring for comorbidities, medication review, dietary and nutritional assessment, advice and support, physical activity advice and support, psychological support tailored to the individual and information about professionally-led or peer-support groups.	
	SIGN, 2010	14.7 Dietary counselling should be provided before and after surgery. A standard dose of a multivitamin and micronutrient supplement could be considered post malabsorptive bariatric procedures.	Recommended best practice
		14.7 Patients should be supported to increase their physical activity in a sustainable manner post surgery.	Recommended best practice
	AACE, 2013	R28. All patients should undergo evaluation of their ability to incorporate nutritional and behavioral changes before and after bariatric surgery.	Grade C; BEL 3
	AACE, 2013	R31. A low-sugar clear liquid meal program can usually be initiated within 24 hours after any of the bariatric procedures, but this diet and meal progression should be discussed with the surgeon and guided by the registered dietician.	Grade C; BEL 3
		R31. A consultation for postoperative meal initiation and progression should be arranged with a dietician who is knowledgeable of the postoperative bariatric diet.	Grade A, BEL 1
		R31. Patients should receive education in a protocol-derived staged meal progression based on their surgical procedure.	Grade D
		R42. The frequency of follow up depends on the bariatric procedure performed and the severity of co-morbidities.	Grade D
		R42. Routine metabolic and nutritional monitoring is recommended after all bariatric surgical procedures.	Grade A, BEL 1
	FESNAD, 2012	31. The use of very low calorie diets with commercial preparations might be necessary in the immediate postoperative period after bariatric surgery, so as to contribute to the patients' achieving an adequate protein intake.	Degree D
	AACE, 2013	R45. All patients should be encouraged to participate in ongoing support groups after discharge from the hospital.	Grade B; BEL 2
16	NICE (CG189), 2014	1.12.1 Offer people who have had bariatric surgery a follow-up care package for a minimum of 2 years within the bariatric service. This should include: monitoring nutritional intake (including protein and vitamins) and mineral deficiencies, monitoring for comorbidities, medication review, dietary and nutritional assessment, advice and support, physical activity advice and support, psychological support tailored to the individual and information about professionally-led or peer-support groups.	
	VADoD, 2014	41. Provide lifelong follow-up after bariatric surgery to monitor adverse effects and complications, dietary restrictions, adherence to weight management behaviors and psychological health.	Expert opinion
	AACE, 2016	R119. Patients that have undergone bariatric surgery should continue to be treated with an intensive lifestyle intervention.	Grade A; BEL 1
17	AACE, 2013	R42. In those patients with or without complete resolution of their T2D, dyslipidemia, or hypertension, continued surveillance and management should be guided by current clinical practice guidelines for those conditions	Grade D
		R42. Routine metabolic and nutritional monitoring is recommended after all bariatric surgical procedures.	Grade A, BEL 1
		R44. Patients should be advised to incorporate moderate aerobic physical activity to include a minimum of 150 minutes per week and goal of 300 minutes per week, including strength training 2 to 3 times per week.	Grade A; BEL 1
18	NICE (CG189), 2014	1.12.2 After discharge from bariatric surgery service follow-up, ensure that all people are offered at least annual monitoring of nutritional status and appropriate supplementation according to need following bariatric surgery, as part of a shared care model of chronic disease management.	
	NICE (PH53), 2014	16. Improve information sharing on people who attend a lifestyle weight management programme.	

ANNEXE F. SUGGESTIONS DU COMITÉ DIRECTEUR SCIENTIFIQUE ETMIS SUR D'AUTRES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER.

- Il n'est pas normal que certains patients soient inscrits dans plus d'un établissement, considérant les coûts associés aux nombreuses évaluations et examens au cours de la phase préopératoire. Ce problème est aggravé par le fait que les patients peuvent s'inscrire par eux-mêmes pour une chirurgie bariatrique, ce qui ne devrait pas être possible sans une référence par un professionnel de la santé.
- Les conclusions devraient être axées sur des solutions pour le suivi postopératoire et l'orientation des patients vers le centre le plus approprié pour leur condition clinique. Compte tenu de la prévalence sans cesse croissante du problème et de l'austérité budgétaire à venir, il y a peu de place à prévoir pour plus de chirurgies et les listes d'attente iront sans cesse en augmentant. Un système de priorisation basé sur un système de pointage provincial tenant compte des comorbidités, de l'âge, du temps d'attente, à l'instar du système utilisé en transplantation, devrait être de mise et créé par le regroupement des centres de chirurgie bariatrique.
- L'accès à un médecin de première ligne devrait être statutaire pour le suivi post-opératoire à long terme. Ceci devrait être une condition sine qua non à la chirurgie, car les centres ne pourront faire le suivi nécessaire (par exemple, plus de 8000 patients sont actuellement suivis à l'IUCPQ).
- Un site provincial avec des critères d'éligibilité devrait être créé pour voir ou référer les patients, et les cas les plus complexes réservés aux centres tertiaires.
- Un guide de suivi électronique des examens de suivi à faire devrait être créé pour les patients et pour les médecins assurant le suivi. Celui-ci devrait être mis à jour régulièrement.
- Seul le modèle ontarien existait il y a 15 ans, lequel est très intéressant, et le programme québécois devrait s'en inspirer.

10. RÉFÉRENCES

1. Blouin, C., *L'obésité et l'embonpoint: quels sont les impacts économiques au Québec?* 2016, Institut national de santé publique du Québec. p. 8.
2. World Health Organization, *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation*, in *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2000. p. i-xii, 1-253.
3. Douketis, J.D., et al., *Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk.* CMAJ, 2005. **172**(8): p. 995-8.
4. Lau, D.C., et al., *2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary].* CMAJ, 2007. **176**(8): p. S1-13.
5. Piche, M.E., et al., *Overview of epidemiology and contribution of obesity and body fat distribution to cardiovascular disease: an update.* Prog Cardiovasc Dis, 2018. **61**(2): p. 103-113.
6. Després, J.P., *Excess visceral adipose tissue/ectopic fat the missing link in the obesity paradox?* J Am Coll Cardiol, 2011. **57**(19): p. 1887-9.
7. Cerhan, J.R., et al., *A pooled analysis of waist circumference and mortality in 650,000 adults.* Mayo Clin Proc, 2014. **89**(3): p. 335-45.
8. Huxley, R., et al., *Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictors of cardiovascular risk--a review of the literature.* Eur J Clin Nutr, 2010. **64**(1): p. 16-22.
9. Ritten, A. and J. LaManna, *Unmet needs in obesity management: From guidelines to clinic.* J Am Assoc Nurse Pract, 2017. **29**(S1): p. S30-S42.
10. Sharma, A.M. and R.F. Kushner, *A proposed clinical staging system for obesity.* Int J Obes (Lond), 2009. **33**(3): p. 289-95.
11. Kuk, J.L., et al., *Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk.* Appl Physiol Nutr Metab, 2011. **36**(4): p. 570-6.
12. Ford, N.D., S.A. Patel, and K.M. Narayan, *Obesity in low- and middle-income countries: burden, drivers, and emerging challenges.* Annu Rev Public Health, 2017. **38**: p. 145-164.
13. World Health Organization. *Obésité et surpoids.* 2018 May 15, 2019]; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
14. Public Health Agency of Canada, a.C.I.f.H.I., *Obésité au Canada.* 2011.
15. Katzmarzyk, P.T. and C. Mason, *Prevalence of class I, II and III obesity in Canada.* CMAJ, 2006. **174**(2): p. 156-7.
16. Twells, L.K., et al., *Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis.* CMAJ Open, 2014. **2**(1): p. E18-26.
17. Statistiques Canada. *L'obésité chez les adultes canadiens, 2016 et 2017.* 2018 May 16, 2019]; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2018033-fra.htm>.
18. Beaudry, M., Blouin, C., Chaput, S., Doukkali, N., Dubé, M., Durette, G., Gauthier, A., Hamel, D., Houle, B., Nolin, B., Paquette, M-C., Pigeon, E., Plante, C., Robitaille, E. *La montée de l'obésité au Québec.* May 15, 2019]; Available from: <https://www.inspq.qc.ca/expertises/habitudes-de-vie-et-prevention-des-maladies-chroniques/nutrition-activite-physique-et-problemes-lies-au-poids/comite-scientifique-sur-la-prevention-de-l-obesite/la-montee-de-l-obesite-au-quebec>.
19. Institut national de santé publique du Québec. *L'obésité au Québec : ralentissement de l'augmentation, mais inégalités socio-économiques.* May 15, 2019]; Available from: <https://www.inspq.qc.ca/santescope/analyses/obesite>.
20. Jahagirdar, D. and E. Lo, *Region-level obesity projections and an examination of its correlates in Quebec.* Can J Public Health, 2017. **108**(2): p. e162-e168.
21. Lo, E., Martel, S., Hamel, D., Lamontagne, P., Jen, Y., Blouin, C., Steensma, C. *Projections du poids corporel chez les adultes québécois de 2013 à 2030 et leurs applications à la planification en santé publique.* 2017 May, 16, 2019]; Available from: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2329_projections_poids_corporel_adultes_2013_2030.pdf.
22. Lundberg, G.D. *AMA: Obesity Is a Disease. It's About Time.* 2013; Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/807574>.
23. Bernell, S. and S.W. Howard, *Use your words carefully: what is a chronic disease?* Front Public Health, 2016. **4**: p. 159.

24. Jastreboff, A.M., et al., *Obesity as a disease: The Obesity Society 2018 position statement*. Obesity (Silver Spring), 2019. **27**(1): p. 7-9.
25. Sharma, A.M. and X. Ramos Salas, *Obesity prevention and management strategies in Canada: shifting paradigms and putting people first*. Curr Obes Rep, 2018. **7**(2): p. 89-96.
26. Hill, J.O., H.R. Wyatt, and J.C. Peters, *Energy balance and obesity*. Circulation, 2012. **126**(1): p. 126-32.
27. Romieu, I., et al., *Energy balance and obesity: what are the main drivers?* Cancer Causes Control, 2017. **28**(3): p. 247-258.
28. Swinburn, B.A., et al., *Estimating the changes in energy flux that characterize the rise in obesity prevalence*. Am J Clin Nutr, 2009. **89**(6): p. 1723-8.
29. Singh, R.K., P. Kumar, and K. Mahalingam, *Molecular genetics of human obesity: A comprehensive review*. C R Biol, 2017. **340**(2): p. 87-108.
30. Hinney, A. and J. Hebebrand, *Polygenic obesity in humans*. Obes Facts, 2008. **1**(1): p. 35-42.
31. Albuquerque, D., et al., *The contribution of genetics and environment to obesity*. Br Med Bull, 2017. **123**(1): p. 159-173.
32. van Dijk, S.J., et al., *Recent developments on the role of epigenetics in obesity and metabolic disease*. Clin Epigenetics, 2015. **7**: p. 66.
33. Kolotkin, R.L. and J.R. Andersen, *A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life*. Clin Obes, 2017. **7**(5): p. 273-289.
34. Grover, S.A., et al., *Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study*. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 2015. **3**(2): p. 114-122.
35. Nyberg, S.T., et al., *Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases: a multicohort study*. The Lancet Public Health, 2018. **3**(10): p. e490-e497.
36. Janssen, I., *The public health burden of obesity in Canada*. Can J Diabetes, 2013. **37**(2): p. 90-6.
37. Apovian, C.M., *Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden*. Am J Manag Care, 2016. **22**(7 Suppl): p. s176-85.
38. Li, Q., et al., *Prevalence and healthcare costs of obesity-related comorbidities: evidence from an electronic medical records system in the United States*. J Med Econ, 2015. **18**(12): p. 1020-8.
39. Guh, D.P., et al., *The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis*. BMC Public Health, 2009. **9**: p. 88.
40. Doheny, K. *Obesity, Cancer: Evidence Grows Supporting the Link*. 2015 May 15, 2019]; Available from: <https://www.endocrineweb.com/professional/obesity/obesity-cancer-evidence-grows-supporting-link>.
41. Puhl, R. and Y. Suh, *Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment*. Curr Obes Rep, 2015. **4**(2): p. 182-90.
42. Papadopoulos, S. and L. Brennan, *Correlates of weight stigma in adults with overweight and obesity: a systematic literature review*. Obesity (Silver Spring), 2015. **23**(9): p. 1743-60.
43. McCombie, L., M.E.J. Lean, and W.W. Tigbe, *Cost-effectiveness of obesity treatment*. Medicine, 2015. **43**(2): p. 104-107.
44. Birmingham, C.L., et al., *The cost of obesity in Canada*. CMAJ, 1999. **160**(4): p. 483-8.
45. Katzmarzyk, P.T. and I. Janssen, *The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update*. Can J Appl Physiol, 2004. **29**(1): p. 90-115.
46. Anis, A.H., et al., *Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study*. Obes Rev, 2010. **11**(1): p. 31-40.
47. Blouin, C., *L'obésité et l'embonpoint : quels sont les impacts économiques au Québec?*, in *Topo: les synthèses de l'équipe nutrition - activité physique - poids*. 2016.
48. Blouin, C., et al., *The economic consequences of obesity and overweight among adults in Quebec*. Can J Public Health, 2017. **107**(6): p. e507-e513.
49. Cheng, J., et al., *The comprehensive summary of surgical versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Oncotarget, 2016. **7**(26): p. 39216-39230.
50. Garvey, W.T., et al., *AACE/ACE Comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity*. Endocr Pract, 2016. **22** Suppl 3: p. 1-203.
51. Mechanick, J.I., et al., *Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery*. Obesity (Silver Spring), 2013. **21** Suppl 1: p. S1-27.

52. Kushner, R.F., *Weight loss strategies for treatment of obesity: lifestyle management and pharmacotherapy*. Prog Cardiovasc Dis, 2018. **61**(2): p. 246-252.
53. Johns, D.J., et al., *Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons*. J Acad Nutr Diet, 2014. **14**(10): p. 1557-68.
54. LeBlanc, E.S., et al., *Behavioral and pharmacotherapy weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force*. JAMA, 2018. **320**(11): p. 1172-1191.
55. Gomez Puente, J.M. and M. Martinez-Marcos, *Overweight and obesity: effectiveness of interventions in adults*. Enferm Clin, 2018. **28**(1): p. 65-74.
56. Hassan, Y., et al., *Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: a systematic review*. Clin Obes, 2016. **6**(6): p. 395-403.
57. Burgess, E., et al., *Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis*. Clin Obes, 2017. **7**(2): p. 105-114.
58. Welbourn, R., et al., *NICE-Accredited Commissioning Guidance for weight assessment and management clinics: a model for a specialist multidisciplinary team approach for people with severe obesity*. Obes Surg, 2016. **26**(3): p. 649-59.
59. Heymsfield, S.B. and T.A. Wadden, *Mechanisms, pathophysiology, and management of obesity*. N Engl J Med, 2017. **376**(3): p. 254-266.
60. Blackburn, G., *Effect of degree of weight loss on health benefits*. Obes Res, 1995. **3 Suppl 2**: p. 211s-216s.
61. Ryan, D.H. and S.R. Yockey, *Weight loss and improvement in comorbidity: differences at 5%, 10%, 15%, and over*. Curr Obes Rep, 2017. **6**(2): p. 187-194.
62. Webb, V.L. and T.A. Wadden, *Intensive lifestyle intervention for obesity: principles, practices, and results*. Gastroenterology, 2017. **152**(7): p. 1752-1764.
63. Jensen, M.D., et al., *2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society*. J Am Coll Cardiol, 2014. **63**(25 Pt B): p. 2985-3023.
64. Montesi, L., et al., *Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach*. Diabetes Metab Syndr Obes, 2016. **9**: p. 37-46.
65. Wing, R.R. and S. Phelan, *Long-term weight loss maintenance*. Am J Clin Nutr, 2005. **82**(1 Suppl): p. 222s-225s.
66. Wing, R.R. and J.O. Hill, *Successful weight loss maintenance*. Annu Rev Nutr, 2001. **21**: p. 323-41.
67. Anderson, J.W., et al., *Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies*. Am J Clin Nutr, 2001. **74**(5): p. 579-84.
68. Van Gaal, L. and E. Dirinck, *Pharmacological approaches in the treatment and maintenance of weight loss*. Diabetes Care, 2016. **39 Suppl 2**: p. S260-7.
69. Franz, M.J., et al., *Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up*. J Am Diet Assoc, 2007. **107**(10): p. 1755-67.
70. Krishnaswami, A., et al., *Real-world effectiveness of a medically supervised weight management program in a large integrated health care delivery System: five-year outcomes*. Perm J, 2018. **22**.
71. National Institute for Health and Care Excellence, *Obesity: identification, assessment and management: clinical guideline (CG189)*. 2014, National Institute for Health and Care Excellence.
72. Khera, R., et al., *Association of pharmacological treatments for obesity with weight loss and adverse events: a systematic review and meta-analysis*. JAMA, 2016. **315**(22): p. 2424-34.
73. Wharton, S., J. Lee, and R.A. Christensen, *Weight loss medications in Canada - a new frontier or a repeat of past mistakes?* Diabetes Metab Syndr Obes, 2017. **10**: p. 413-417.
74. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *Management of obesity. A national clinical guideline*. 2010, Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Edinburgh.
75. Angrisani, L., et al., *Bariatric surgery and endoluminal procedures: IFSO Worldwide Survey 2014*. Obes Surg, 2017. **27**(9): p. 2279-2289.
76. Canadian Institute for Health Information, *Chirurgie bariatrique au Canada*. 2014. p. 37.
77. Piche, M.E., et al., *How to choose and use bariatric surgery in 2015*. Can J Cardiol, 2015. **31**(2): p. 153-66.

78. Kang, J.H. and Q.A. Le, *Effectiveness of bariatric surgical procedures: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials*. *Medicine (Baltimore)*, 2017. **96**(46): p. e8632.
79. Maciejewski, M.L., et al., *Bariatric surgery and long-term durability of weight loss*. *JAMA Surg*, 2016. **151**(11): p. 1046-1055.
80. Jimenez, A., et al., *Ten-year outcomes after Roux-en-Y gastric bypass and sleeve gastrectomy: an observational nonrandomized cohort study*. *Surg Obes Relat Dis*, 2019.
81. Chang, W.W., et al., *Factors influencing long-term weight loss after bariatric surgery*. *Surg Obes Relat Dis*, 2019.
82. Coulman, K.D., et al., *Patient experiences of outcomes of bariatric surgery: a systematic review and qualitative synthesis*. *Obes Rev*, 2017. **18**(5): p. 547-559.
83. Petroni, M.L., et al., *Long-term treatment of severe obesity: are lifestyle interventions still an option?* *Expert Rev Endocrinol Metab*, 2017. **12**(6): p. 391-400.
84. Masood, A., et al., *Dietary and lifestyle factors serve as predictors of successful weight loss maintenance postbariatric surgery*. *J Obes*, 2019. **2019**: p. 7295978.
85. Jakobsen, G.S., et al., *Association of bariatric surgery vs medical obesity treatment with long-term medical complications and obesity-related comorbidities*. *JAMA*, 2018. **319**(3): p. 291-301.
86. Yu, J., et al., *The long-term effects of bariatric surgery for type 2 diabetes: systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized evidence*. *Obes Surg*, 2015. **25**(1): p. 143-58.
87. Buchwald, H., et al., *Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis*. *Am J Med*, 2009. **122**(3): p. 248-256.e5.
88. Kodama, S., et al., *Network meta-analysis of the relative efficacy of bariatric surgeries for diabetes remission*. *Obes Rev*, 2018.
89. Owen, J.G., F. Yazdi, and E. Reisin, *Bariatric surgery and hypertension*. *Am J Hypertens*, 2017. **31**(1): p. 11-17.
90. Spivak, H., et al., *Different effects of bariatric surgical procedures on dyslipidemia: a registry-based analysis*. *Surg Obes Relat Dis*, 2017. **13**(7): p. 1189-1194.
91. Zhou, X., et al., *Effects of bariatric surgery on mortality, cardiovascular events, and cancer outcomes in obese patients: systematic review and meta-analysis*. *Obes Surg*, 2016. **26**(11): p. 2590-2601.
92. Cardoso, L., et al., *Short- and long-term mortality after bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis*. *Diabetes Obes Metab*, 2017. **19**(9): p. 1223-1232.
93. Kwok, C.S., et al., *Bariatric surgery and its impact on cardiovascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis*. *Int J Cardiol*, 2014. **173**(1): p. 20-8.
94. Avenell, A., et al., *Bariatric surgery, lifestyle interventions and orlistat for severe obesity: the REBALANCE mixed-methods systematic review and economic evaluation*. *Health Technology Assessment*, 2018. **22**(68): p. 1-246.
95. McCrabb, S., et al., *Scaling-up evidence-based obesity interventions: A systematic review assessing intervention adaptations and effectiveness and quantifying the scale-up penalty*. *Obes Rev*, 2019.
96. Finkelstein, E.A. and N.R. Verghese, *Incremental cost-effectiveness of evidence-based non-surgical weight loss strategies*. *Clin Obes*, 2019. **9**(2): p. e12294.
97. Alsumali, A., et al., *Cost-effectiveness analysis of bariatric surgery for morbid obesity*. *Obes Surg*, 2018. **28**(8): p. 2203-2214.
98. Sturgiss, E.A., et al., *Role of the family doctor in the management of adults with obesity: a scoping review*. *BMJ Open*, 2018. **8**(2): p. e019367.
99. Falvo, A.M., F. Hite Philp, and G.M. Eid, *Primary care provider management of patients with obesity at an integrated health network: A survey of practices, views, and knowledge*. *Surg Obes Relat Dis*, 2018. **14**(8): p. 1149-1154.
100. Mattar, A., et al., *The prevalence of obesity documentation in primary care electronic medical records. are we acknowledging the problem?* *Appl Clin Inform*, 2017. **8**(1): p. 67-79.
101. Pantalone, K.M., et al., *Prevalence and recognition of obesity and its associated comorbidities: cross-sectional analysis of electronic health record data from a large US integrated health system*. *BMJ Open*, 2017. **7**(11): p. e017583.
102. MocarSKI, M., et al., *Use of international classification of diseases, ninth revision codes for obesity: trends in the United States from an electronic health record-derived database*. *Popul Health Manag*, 2018. **21**(3): p. 222-230.
103. Kaplan, L.M., et al., *Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study*. *Obesity (Silver Spring)*, 2018. **26**(1): p. 61-69.

104. Campbell-Scherer, D. and A.M. Sharma, *Improving obesity prevention and management in primary care in Canada*. *Curr Obes Rep*, 2016. **5**(3): p. 327-32.
105. Zhang, S., et al., *Characteristics of patients potentially eligible for pharmacotherapy for weight loss in primary care practice in the United States*. *Obes Sci Pract*, 2016. **2**(2): p. 104-114.
106. Petrin, C., et al., *Current practices of obesity pharmacotherapy, bariatric surgery referral and coding for counselling by healthcare professionals*. *Obes Sci Pract*, 2016. **2**(3): p. 266-271.
107. Canadian obesity network. *Report card on access to obesity treatment for adults in Canada 2017*. 2017 01 May 2019]; Available from: <https://obesitycanada.ca/reportcard/>.
108. Sharma, A.M., *Inequalities in access to bariatric surgery in Canada*. *CMAJ*, 2016. **188**(5): p. 317-8.
109. Gulliford, M.C., et al., *Costs and outcomes of increasing access to bariatric surgery: cohort study and cost-effectiveness analysis using electronic health records*. *Value Health*, 2017. **20**(1): p. 85-92.
110. Avidor, Y., et al., *Primary care and subspecialty management of morbid obesity: referral patterns for bariatric surgery*. *Surg Obes Relat Dis*, 2007. **3**(3): p. 392-407.
111. Tork, S., et al., *Factors influencing primary care physicians' referral for bariatric surgery*. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 2015. **19**(3).
112. Primomo, J.A., et al., *Decreased access to bariatric care: an analysis of referral practices to bariatric specialists*. *Surg Obes Relat Dis*, 2016. **12**(9): p. 1725-1730.
113. Funk, L.M., et al., *Patient and referring practitioner characteristics associated with the likelihood of undergoing bariatric surgery: a systematic review*. *JAMA Surg*, 2015. **150**(10): p. 999-1005.
114. Funk, L.M., et al., *Primary care physician decision making regarding severe obesity treatment and bariatric surgery: a qualitative study*. *Surg Obes Relat Dis*, 2016. **12**(4): p. 893-901.
115. Auspitz, M., et al., *Knowledge and perception of bariatric surgery among primary care physicians: a survey of family doctors in Ontario*. *Obes Surg*, 2016. **26**(9): p. 2022-2028.
116. Gouvernement du Canada. *Le système des soins de santé du Canada*. 2018 May 16, 2019]; Available from: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>.
117. Ministère de la santé et des services sociaux. *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. 2004 May 15, 2019]; Available from: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-08.pdf>.
118. Starfield, B., L. Shi, and J. Macinko, *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q*, 2005. **83**(3): p. 457-502.
119. Engstrom, S., M. Foldevi, and L. Borgquist, *Is general practice effective? A systematic literature review*. *Scand J Prim Health Care*, 2001. **19**(2): p. 131-44.
120. Ministère de la santé et des services sociaux. *Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. 2004 May 15, 2019]; Available from: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-009-05.pdf>.
121. World Health Organization. *Glossaire de la promotion de la santé*. 1999 May 16, 2019]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf.
122. Lloyd-Jones, D.M., et al., *Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond*. *Circulation*, 2010. **121**(4): p. 586-613.
123. Strasser, T., *Reflections on cardiovascular diseases*. *Interdisciplinary Science Reviews*, 1978. **3**(3): p. 225-230.
124. Ford, E.S., K.J. Greenlund, and Y. Hong, *Ideal cardiovascular health and mortality from all causes and diseases of the circulatory system among adults in the United States*. *Circulation*, 2012. **125**(8): p. 987-95.
125. Benjamin, E.J., et al., *Heart disease and stroke statistics-2017 update: a report from the American Heart Association*. *Circulation*, 2017. **135**(10): p. e146-e603.
126. Capehorn, M.S., D.W. Haslam, and R. Welbourn, *Obesity treatment in the UK health system*. *Curr Obes Rep*, 2016. **5**(3): p. 320-6.
127. Auger, J. *Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays*. 1999 May 15, 2019]; Available from: http://www.observatoire.enap.ca/Observatoire/docs/Coup_oeil/1999-avr-vol5no1.pdf.

128. Haute Autorité de Santé, *Obésité: prise en charge chirurgicale chez l'adulte*. 2009, Haute Autorité de Santé: Saint-Denis-la-Plaine.
129. Haute Autorité de Santé, *Surpoids et obésité de l'adulte: prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique*. 2011, Haute Autorité de Santé: Saint-Denis-la-Plaine.
130. Ministère de la santé et des solidarités. *La gradation des soins dans le plan obésité*. 2016 May 16, 2019]; Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-gradation-des-soins-dans-le-plan-obesite>.
131. Australian Government. *Australia's health 2016*. 2016 May 15, 2019]; Available from: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f2ae1191-bbf2-47b6-a9d4-1b2ca65553a1/ah16-2-1-how-does-australias-health-system-work.pdf.aspx>.
132. National Health and Medical Research Council, *Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia*. 2013, National Health and Medical Research Council: Melbourne.
133. Australian and New Zealand Obesity Society. *Australian obesity management algorithm*. 2019 May 15, 2019]; Available from: <http://anzos.com/australian-obesity-management-algorithm>.
134. Dubois, R. *Le système de santé aux Etats-Unis : organisation et fonctionnement*. 2018 May 15, 2019]; Available from: <https://www.france-science.org/Le-systeme-de-sante-aux-Etats-Unis.html>.
135. Apovian, C.M., et al., *Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline*. J Clin Endocrinol Metab, 2015. **100**(2): p. 342-62.
136. Gebhart, A., et al., *Impact of accreditation in bariatric surgery*. Surg Obes Relat Dis, 2014. **10**(5): p. 767-73.
137. Rotter, T., et al., *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(3): p. Cd006632.
138. Rotter, T., et al., *The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis*. Eval Health Prof, 2012. **35**(1): p. 3-27.
139. Telem, D.A., et al., *ASMBS: care pathway for laparoscopic sleeve gastrectomy*. Surg Obes Relat Dis, 2017. **13**(5): p. 742-749.
140. Ontario Bariatric Network. *Ontario Bariatric Network*. 2015; Available from: <http://www.ontariobariatricnetwork.ca/>.
141. Ministère de la santé et des services sociaux. *Atlas de la Santé et des Services sociaux*. 2016; Available from: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/informations-geographiques-et-de-population/atlas-de-la-sante-et-des-services-sociaux/carte-reseaux-universitaires-integres-de-sante>.
142. Andalib, A., et al., *Variability in bariatric surgical care among various centers: a survey of all bariatric surgeons in the province of Quebec, Canada*. Obes Surg, 2018. **28**(8): p. 2327-2332.
143. British Obesity & Metabolic Surgery Society. *BOMSS standards for clinical services and commissioning guidelines*. 2018 May 14, 2019]; Available from: <https://www.bomss.org.uk/bomss-standards-for-clinical-services/>.
144. American College of Surgeons. *Optimal resources for metabolic and bariatric surgery*. 2019; Available from: https://www.facs.org/-/media/files/quality-programs/bariatric/2019_mbsaqip_standards_manual.ashx.
145. The Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons, *Canadian standards in bariatric surgery and medicine*. 2019: not published yet. p. 14 p.
146. Ministère de la santé et des services sociaux, *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec - Plan d'action*. 2009.
147. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : mission, principes et critères*. 2010.
148. Reis, E.C.D., S.R.L. Passos, and M. Santos, *Quality assessment of clinical guidelines for the treatment of obesity in adults: application of the AGREE II instrument*. Cad Saude Publica, 2018. **34**(6): p. e00050517.
149. Semlitsch, T., et al., *Management of overweight and obesity in primary care-A systematic overview of international evidence-based guidelines*. Obes Rev, 2019. **20**(9): p. 1218-1230.
150. Brouwers, M.C., et al., *AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care*. Cmaj, 2010. **182**(18): p. E839-42.
151. National Heart and, L., and Blood Institute., *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults - the evidence report*. 1998.
152. Curry, S.J., et al., *Behavioral weight loss interventions to prevent obesity-related morbidity and mortality in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement*. JAMA, 2018. **320**(11): p. 1163-1171.

153. Fitch A., et al. *Health care guideline : prevention and management of obesity for adults*. 2013; Available from: https://www.healthpartners.com/ucm/groups/public/@hp/@public/documents/documents/cntrb_037112.pdf.
154. Department of Defense, D.o.V.A., Veterans Health Administration,. *VA/DoD Clinical Practice Guideline For Screening And Management Of Overweight And Obesity*. 2014; Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/>.
155. National Institute for Health and Care Excellence, *Weight management: lifestyle services for overweight or obese adults (PH53)*. 2014, National Institute for Health and Care Excellence.
156. Gargallo Fernandez, M., et al., *Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). Methodology and executive summary (I/III)*. *Nutr Hosp*, 2012. **27**(3): p. 789-99.
157. Brauer, P., et al., *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): p. 184-95.
158. Gargallo Fernandez Manuel, M., et al., *Evidence-based nutritional recommendations for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults (FESNAD-SEEDO consensus document). The role of diet in obesity treatment (III/III)*. *Nutr Hosp*, 2012. **27**(3): p. 833-64.
159. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, *Clinique médico-chirurgicale du traitement de l'obésité - Cadre de référence* 2014. p. 164 p.
160. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, *Cadre de référence pour la prévention et la gestion intégrée des maladies chroniques en Estrie - Volets cardio-métabolique et respiratoire*. 2018. p. 66 p.
161. Mechanick, J.I., et al., *American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity and obesity medicine*. *Endocr Pract*, 2012. **18**(5): p. 642-8.
162. Bray, G.A., K.K. Kim, and J.P.H. Wilding, *Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation*. *Obes Rev*, 2017. **18**(7): p. 715-723.
163. Rosa Fortin, M.M., et al., *Weight management in Canada: an environmental scan of health services for adults with obesity*. *BMC Health Serv Res*, 2014. **14**: p. 69.
164. Kirk, S.F., et al., *Weight management experiences of overweight and obese Canadian adults: findings from a national survey*. *Chronic Dis Inj Can*, 2012. **32**(2): p. 63-9.



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval (IUCPQ-UL)

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

2725, Chemin Ste-Foy, local Y-7161
Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-8711 poste 2347
uetmis.iucpq@ssss.gouv.qc.ca