



Canadian Adult Obesity Clinical Practice

GUIDELINES

Résumé des lignes directrices sur l'obésité CMAJ 2020



L'ASSOCIATION CANADIENNE
des MEDECINS et CHIRURGIENS BARIATRIQUE

The CANADIAN ASSOCIATION of
BARIATRIC PHYSICIANS and SURGEONS

obesity
canada



obésité
canada

Objectifs



- Justification, portée et méthodologie
- Principaux changements par rapport aux lignes directrices précédentes
- Approche de la gestion de l'obésité
- Élargir le rôle de la médecine de l'obésité



Canadian Adult Obesity Clinical Practice
GUIDELINES

Justification, portée, méthodologie



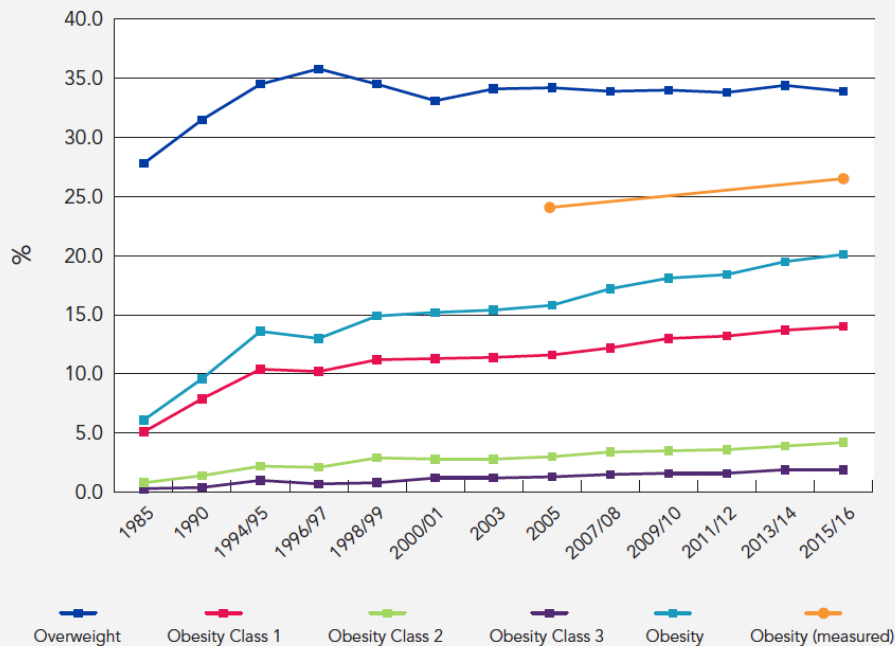
L'ASSOCIATION CANADIENNE
des MEDECINS et CHIRURGIENS BARIATRIQUE
The CANADIAN ASSOCIATION of
BARIATRIC PHYSICIANS and SURGEONS

obesity
canada  obésité
canada

Prévalence de l'obésité au Canada



Figure 1a: The Prevalence (%) of Obesity in Canada, 1985–2016*



Ce qui a changé depuis 2007?



Déclaration de l'obésité en tant que maladie chronique (CMA, 2015)



Incidence des préjugés, de la stigmatisation et de la discrimination



Progrès dans la science de l'obésité et de la régulation du poids



Progrès dans les traitements et thérapies contre l'obésité



Reconnaissance des soins et des résultats centrés sur le patient, au-delà de la perte de poids

Champ d'application des lignes directrices de 2020



- Améliorer la norme et l'accès aux soins pour les personnes obèses partout au Canada.
- Les utilisateurs cibles sont des **professionnels de la santé primaire**. Peut également être utilisé par les décideurs et les personnes touchées par l'obésité et leurs familles. Axé sur l'obésité chez les adultes.



Méthodologie



Obesity Canada and the *Canadian Association of Bariatric Physicians and Surgeons* a réuni un comité exécutif et un comité directeur dotés d'une vaste expertise et d'une représentation géographique.

Participation d'un large éventail d'experts sur les sujets (n=60), de personnes avec un problème d'obésité, de membres de la communauté autochtone et d'examineurs externes

Utilisation du *McMaster Evidence Review and Synthesis Team (MERST)* pour la recherche de la littérature, déploiement de la plate-forme Distiller, examen des résultats de l'évaluation critique et l'attribution des niveaux de preuve (AGREE II tool), examiner les recommandations pour assurer la fidélité avec les évidences



Canadian Adult Obesity Clinical Practice
GUIDELINES

Principaux changements par rapport aux lignes directrices précédentes



L'ASSOCIATION CANADIENNE
des MEDECINS et CHIRURGIENS BARIATRIQUE
The CANADIAN ASSOCIATION of
BARIATRIC PHYSICIANS and SURGEONS

obesity
canada  obésité
canada



Biais concernant le poids

- Attitudes personnelles négatives et points de vue sur l'obésité et les personnes souffrant d'obésité

Stigmatisation du poids

- Étiquetage des personnes vivant avec l'obésité sur la base de stéréotypes sociaux profondément enracinés
- Faire des constats sur les personnes souffrant d'obésité

Discrimination basée sur le poids

- Lorsque nous traitons les personnes souffrant d'obésité différemment et/ou injustement
- Discrimination verbale, physique et relationnelle

Définition de l'obésité



L'obésité a déjà été définie par l'IMC, une mesure de la taille, pas la santé. Il est temps de s'éloigner d'une définition centrée sur le poids et de se concentrer sur la santé.

L'obésité est définie comme une maladie chronique répandue, complexe, progressive et récurrente caractérisée par une graisse corporelle anormale ou excessive (adiposité) qui nuit à la santé.

L'IMC et la circonférence de la taille peuvent être utilisés comme outils de dépistage.

- Le diagnostic d'obésité devrait être fondé sur la présence de problèmes fonctionnelles, médicales et/ou psychosociales liées à la présence de graisse corporelle anormale ou excessive plutôt que sur des mesures anthropométriques seulement.

Principes clés de la gestion de l'obésité



- L'obésité doit être gérée à l'aide de principes de gestion des maladies chroniques fondés sur des données probantes, doit valider les expériences vécues des patients, dépasser les approches simplistes de « *manger moins, bouger plus* » et s'attaquer aux causes profondes de l'obésité.
- Les personnes atteintes d'obésité devraient avoir accès à des interventions fondées sur des données probantes, qui devraient inclure la thérapie médicale, l'activité physique, les interventions psychologiques, la pharmacothérapie et la chirurgie.

Reconnaître et traiter les biais liés au poids



Les personnes atteintes d'obésité sont confrontées à des préjugés et à des stigmates importants, ce qui a une incidence directe sur leur santé et leur bien-être ainsi que sur l'accès aux soins.

- Les fournisseurs de soins de santé devraient évaluer leurs propres croyances et attitudes à l'égard des personnes atteintes d'obésité et comment celles-ci peuvent influencer sur la prestation des soins de santé (niveau 1a, grade A)
- Les fournisseurs de soins de santé doivent savoir que les biais de poids intériorisés (attitudes des personnes atteintes d'obésité à l'égard d'elles-mêmes) peuvent avoir des répercussions négatives sur les résultats comportementaux et de santé (niveau 2a, grade B).
- Les fournisseurs de soins de santé devraient éviter d'utiliser des mots de jugement (niveau 1a, grade A), des images (niveau 2b, grade B) et des pratiques (niveau 2a, grade B) lorsqu'ils travaillent avec des patients atteints d'obésité.
- Nous recommandons aux fournisseurs de soins de santé d'éviter de faire des constats selon lesquelles une affection ou une plainte qu'un patient présente est liée à leur poids corporel (niveau 3, grade C).

Vérifiez votre attitude



Supposez-vous que la santé, les caractéristiques, les comportements et les capacités d'une personne sont fondés sur la taille, le poids ou la forme de son corps?



Les gens viennent dans différentes tailles et formes. La taille, le poids et la forme du corps ne sont pas directement associés à la santé, à l'éthique de travail, à la volonté, à l'intelligence ou aux compétences d'une personne.

Pensez-vous que tout le monde avec une plus grande taille du corps ou un IMC plus élevé présente de l'obésité et a besoin de perdre du poids?



L'obésité est une maladie chronique où la graisse corporelle anormale ou excessive nuit à la santé. L'IMC est un indicateur de la taille du corps, pas de la santé. Pas tout le monde avec une grande taille du corps ou un IMC élevé présente de l'obésité.

Croyez-vous que les personnes souffrant d'obésité sont personnellement responsables de leur état?



Beaucoup de gens pensent que l'obésité peut être contrôlée en mangeant simplement plus sainement et en étant plus active. Mais il y a beaucoup de facteurs qui contribuent à l'obésité. Bon nombre de ces facteurs échappent au contrôle d'une personne.



Canadian Adult Obesity Clinical Practice
GUIDELINES

Approche de la gestion de l'obésité



L'ASSOCIATION CANADIENNE
des MEDECINS et CHIRURGIENS BARIATRIQUE
The CANADIAN ASSOCIATION of
BARIATRIC PHYSICIANS and SURGEONS

obesity
canada  obésité
canada

Approche en cinq étapes (5A) de la gestion de l'obésité



Les Lignes directrices recommandent une approche en 5 étapes pour la gestion à long terme de l'obésité :

- Étape 1 (ASK): Reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique par les fournisseurs de soins de santé, qui devraient demander au patient la permission d'offrir des conseils et d'aider à traiter cette maladie d'une manière impartiale.
- Étape 2 (ASSESS): Évaluation d'une personne vivant avec l'obésité en utilisant des mesures appropriées, en identifiant les causes profondes, les complications et les obstacles au traitement de l'obésité.



Approche en cinq étapes (5A) de la gestion de l'obésité



- Étape 3 (ADVISE): Discussion des principales options de traitement (approche nutritionnelle et activité physique) et des thérapies auxiliaires qui peuvent être nécessaires, y compris les interventions psychologiques, pharmacologiques et chirurgicales.
- Étape 4 (AGREE): Accord avec la personne atteinte d'obésité concernant les objectifs de la thérapie, en mettant l'accent principalement sur la valeur que la personne tire des interventions axées sur la santé.
- Étape 5 (ASSIST): Engagement des fournisseurs de soins de santé auprès de la personne atteinte d'obésité dans le suivi et les réévaluations continus, et encouragement de la défense des droits pour améliorer les soins à cette maladie chronique.

Étape 1: Reconnaissance de l'obésité comme maladie chronique



- Reconnaître que l'obésité est une maladie chronique complexe et hétérogène qui nécessite un traitement individualisé et un soutien à long terme.
- Biais de poids dans les milieux de soins de santé peut réduire la qualité des soins pour les patients vivant avec l'obésité et d'aggraver leurs résultats - évaluer votre propre biais avec des outils tels que le **Test d'association implicite**.
- Ne présumez pas que tous les patients atteints d'obésité sont prêts à initier la gestion de l'obésité.
- Demander aux patients la permission de discuter d'obésité avant de procéder.

Étape 2: Évaluation



1. Nous suggérons que les fournisseurs de soins de santé qui participent au dépistage, à l'évaluation et à la gestion des personnes atteintes d'obésité utilisent le cadre 5A de la gestion de l'obésité pour amorcer la discussion en leur demandant la permission et en évaluant leur disponibilité à entreprendre un traitement (niveau 4, grade D, consensus).
2. Les fournisseurs de soins de santé peuvent mesurer la taille, le poids et calculer l'indice de masse corporel (IMC) chez tous les adultes (niveau 2a, grade B) et mesurer la circonférence de la taille chez les personnes ayant un IMC de 25 à 35 kg/m² (niveau 2b, grade B)
3. Nous suggérons d'inclure dans l'évaluation une histoire complète pour identifier les causes profondes du gain de poids ainsi que les complications de l'obésité et les obstacles potentiels au traitement (niveau 4, grade D).
4. Nous recommandons la mesure de la pression artérielle dans les deux bras, le glucose à jeun ou l'hémoglobine glyquée et le profil lipidique pour déterminer le risque cardiométabolique et, le cas échéant, ALT pour dépister la maladie du foie gras non alcoolique chez les personnes vivant avec de l'obésité (niveau 3, grade D).
5. Nous suggérons aux fournisseurs d'envisager d'utiliser le Système de mise en scène de l'obésité d'Edmonton pour déterminer la gravité de l'obésité et pour orienter la prise de décisions cliniques (niveau 4, grade D).

EOSS: EDMONTON OBESITY STAGING SYSTEM - Staging Tool



STAGE 0

- **NO** sign of obesity-related risk factors
- **NO** physical symptoms
- **NO** psychological symptoms
- **NO** functional limitations

Case Example:
Physically active female with a BMI of 32 kg/m², no risk factors, no physical symptoms, no self-esteem issues, and no functional limitations.

Class I, Stage 0 Obesity

EOSS Score

WHO Obesity Classification

STAGE 1

- Patient has obesity-related **SUBCLINICAL** risk factors (borderline hypertension, impaired fasting glucose, elevated liver enzymes, etc.) - **OR** -
- **MILD** physical symptoms - patient currently not requiring medical treatment for comorbidities (dyspnea on moderate exertion, occasional aches/pains, fatigue, etc.) - **OR** -
- **MILD** obesity-related psychological symptoms and/or mild impairment of well-being (quality of life not impacted)

Case Example:
38 year old female with a BMI of 59.2 kg/m², borderline hypertension, mild lower back pain, and knee pain. Patient does not require any medical intervention.

Class III, Stage 1 Obesity

WHO CLASSIFICATION OF WEIGHT STATUS (BMI kg/m²)

Obese Class I	30 - 34.9
Obese Class II	35 - 39.9
Obese Class III	≥40

Stage 0 / Stage 1 Obesity

Patient **does not meet clinical criteria for admission** at this time.
Please refer to primary care for further preventative treatment options.

STAGE 2

- Patient has **ESTABLISHED** obesity-related comorbidities requiring medical intervention (HTN, Type 2 Diabetes, sleep apnea, PCOS, osteoarthritis, reflux disease) - **OR** -
- **MODERATE** obesity-related psychological symptoms (depression, eating disorders, anxiety disorder) - **OR** -
- **MODERATE** functional limitations in daily activities (quality of life is beginning to be impacted)

Case Example:
32 year old male with a BMI of 36 kg/m² who has primary hypertension and obstructive sleep apnea.

Class II, Stage 2 Obesity

STAGE 3

- Patient has **significant** obesity-related end-organ damage (myocardial infarction, heart failure, diabetic complications, incapacitating osteoarthritis) - **OR** -
- **SIGNIFICANT** obesity-related psychological symptoms (major depression, suicide ideation) - **OR** -
- **SIGNIFICANT** functional limitations (eg: unable to work or complete routine activities, reduced mobility)
- **SIGNIFICANT** impairment of well-being (quality of life is significantly impacted)

Case Example:
49 year old female with a BMI of 67 kg/m² diagnosed with sleep apnea, CV disease, GERD, and suffered from stroke. Patient's mobility is significantly limited due to osteoarthritis and gout.

Class III, Stage 3 Obesity

STAGE 4

- **SEVERE** (potential end stage) from obesity-related comorbidities - **OR** -
- **SEVERELY** disabling psychological symptoms - **OR** -
- **SEVERE** functional limitations

Case Example:
45 year old female with a BMI of 54 kg/m² who is in a wheel chair because of disabling arthritis, severe hyperpnea, and anxiety disorder.

Class III, Stage 4 Obesity



Étape 3: Discussion sur les options de traitement

- La thérapie nutritionnelle et l'activité physique font partie de toute stratégie de gestion des maladies chroniques, y compris la gestion de l'obésité.
- Les interventions de thérapie nutritionnelle et d'activité physique en combinaison avec des traitements d'obésité auxiliaire peuvent être adaptés pour répondre aux résultats d'une personne liée à la santé ou au poids..

Thérapie nutritionnelle



1. Nous suggérons que les recommandations nutritionnelles pour les adultes de toutes tailles soient personnalisées afin de répondre aux valeurs individuelles, aux préférences et aux objectifs de traitement afin de soutenir une approche alimentaire sûre, efficace, adéquate sur le plan nutritionnel, culturellement acceptable et abordable pour l'observance à long terme (niveau 4, grade D, consensus).
2. Les adultes atteints d'obésité devraient recevoir une thérapie nutritionnelle individualisée fournie par un diététiste agréé (lorsque disponible) pour améliorer les résultats de poids (poids corporel, IMC), la circonférence de la taille, le contrôle glycémique, les lipides et les cibles de pression artérielle (niveau 1a, grade A)
3. Les adultes atteints d'obésité et de glucose anormal (prédiabète) ou de diabète de type 2 peuvent recevoir une thérapie nutritionnelle fournie par un diététiste agréé (lorsque disponible) pour réduire le poids corporel et la circonférence de la taille et améliorer le contrôle glycémique et la pression artérielle (niveau 2a, grade B)
4. Les adultes vivant avec de l'obésité peuvent considérer n'importe laquelle des thérapies médicales multiples de nutrition pour améliorer des résultats liés à la santé, en choisissant les modèles diététiques et les approches alimentaires qui soutiennent leur meilleure adhésion à long terme. (Recommandation complète et catégorie et niveau de preuve disponibles dans le chapitre intitulé « Thérapie de nutrition médicale dans la gestion de l'obésité. »)

Thérapie médicale de nutrition



5. Les adultes souffrant d'obésité et d'intolérance au glucose (prédiabète) devraient envisager des interventions comportementales intensives qui ciblent une perte de poids de 5 à 7 %, améliorer le contrôle glycémique, la pression artérielle et les cibles lipidiques (niveau 1a, grade A) et réduire l'incidence du diabète de type 2 (niveau 1a, grade A), des complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) (niveau 1a, grade B), et la mortalité cardiovasculaire et toutes causes confondues (niveau 1a , grade B).
6. Les adultes atteints d'obésité et de diabète de type 2 devraient envisager des interventions intensives en matière de mode de vie qui ciblent une perte de poids de 7 à 15 %, afin d'augmenter la rémission du diabète de type 2 et de réduire l'incidence de la néphropathie, de l'apnée obstructive du sommeil et de la dépression (niveau 1a, catégorie A)
7. Nous recommandons une approche non dirigé vers une diète pour améliorer la qualité de vie, les résultats psychologiques (bien-être général, perception de l'image corporelle), les résultats cardiovasculaires, le poids corporel, l'activité physique, la contrainte cognitive et les comportements alimentaires (niveau 3, grade C)

Activité physique



1. L'activité physique aérobie (30-60 minutes d'intensité modérée à vigoureuse la plupart des jours de la semaine) peut être envisagée pour les adultes qui:

Atteindre de petites quantités de poids corporel et de perte de graisse (niveau 2a, grade B);

Réduire la graisse viscérale abdominale (niveau 1a, grade A) et les graisses ectopiques comme au foie et la graisse cardiaque (niveau 1a, grade A), même en l'absence de perte de poids;

Favoriser le maintien du poids après la perte de poids (niveau 2a, grade B);

Favoriser le maintien de la masse maigre pendant la perte de poids; (Niveau 2a, grade B); et

Augmenter la condition cardiorespiratoire (niveau 2a, grade B) et la mobilité (niveau 2a, grade B).

Activité physique



2. Pour les adultes vivant avec un surpoids ou de l'obésité, l'entraînement en résistance peut favoriser le maintien du poids ou des augmentations modestes de la masse musculaire ou de la masse et de la mobilité sans gras (niveau 2a, grade B).
3. L'augmentation de l'intensité de l'exercice, y compris l'entraînement par intervalles de haute intensité, peut accroître la capacité cardiorespiratoire et réduire le temps nécessaire pour obtenir des avantages similaires à ceux de l'activité aérobie d'intensité modérée (niveau 2a, grade B).
4. L'activité physique régulière, avec ou sans perte de poids, peut améliorer de nombreux facteurs de risque cardiométabolique chez les adultes qui ont de l'embonpoint ou de l'obésité, y compris: hyperglycémie et sensibilité à l'insuline (niveau 2b, grade B); hypertension artérielle (niveau 1a, grade B); dyslipidémie (niveau 2a, grade B)
5. L'activité physique régulière peut améliorer la qualité de vie liée à la santé, les troubles de l'humeur (c.-à-d. la dépression, l'anxiété) et l'image corporelle chez les adultes en surpoids ou obèses (niveau 2b, grade B).

Étape 3: Discussion sur les options de traitement



The Three Pillars of Obesity Management that Support Nutrition and Activity



Psychological Intervention

- Implement multicomponent behaviour modification
- Manage sleep, time, and stress
- Cognitive behavioural therapy and/ or acceptance and commitment therapy should be provided for patients if appropriate



Pharmacological Therapy

- liraglutide
- naltrexone/bupropion
(in a combination tablet)
- orlistat

CRITERIA

- BMI ≥ 30 kg/m² or**
- BMI ≥ 27 kg/m² with obesity (adiposity) related complications**



Bariatric Surgery

- i* Procedure should be decided by surgeon in discussion with the patient.
- Sleeve gastrectomy
 - Roux-en-Y gastric bypass
 - Biliopancreatic diversion with/without duodenal switch

CRITERIA

- BMI ≥ 40 kg/m² or**
- BMI $\geq 35 - 40$ kg/m² with an obesity (adiposity) related complication or**
- BMI ≥ 30 kg/m² with poorly controlled type 2 diabetes**

Interventions comportementales/psychologiques



1. Les interventions psychologiques multicomposantes (combinaison de la modification du comportement [établissement d'objectifs, auto-surveillance, résolution de problèmes], de thérapie cognitive [recadrage] et de stratégies fondées sur des valeurs pour modifier la nutrition et l'activité) devraient être intégrées dans les plans de soins pour la perte de poids et l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie (niveau 1a, grade A) d'une manière qui favorise, la confiance et la motivation intrinsèque (niveau 1b, grade A).
2. Les fournisseurs de soins de santé devraient fournir des soins longitudinaux avec un message cohérent aux personnes vivant avec de l'obésité pour soutenir le développement de la confiance dans le dépassement des obstacles (auto-efficacité) et de la motivation intrinsèque (personnelle, des raisons significatives de changer), d'encourager le patient à fixer et à séquencer des objectifs de santé réalistes et réalisables (niveau 1a, grade A), à surveiller eux-mêmes le comportement (niveau 1a, grade A) et à analyser les revers à l'aide de la résolution de problèmes et de la pensée adaptative (recadrage cognitif), y compris la clarification et la réflexion sur les comportements fondés sur les valeurs (niveau 1a, catégorie A).

Interventions comportementales/psychologiques



3. Les fournisseurs de soins de santé devraient demander aux patients la permission de les informer que le succès dans la gestion de l'obésité est lié à l'amélioration de la santé, de la fonction et de la qualité de vie résultant d'objectifs comportementaux réalisables, et non de la perte de poids (niveau 1a, catégorie A).
4. Les fournisseurs de soins de santé devraient offrir des séances de suivi compatibles avec la répétition et la pertinence pour soutenir le développement de l'auto-efficacité et de la motivation intrinsèque. Une fois qu'une entente visant à poursuivre une voie comportementale a été établie (comportement de santé et/ou médicaments et/ou voies chirurgicales), les séances de suivi devraient répéter les messages ci-dessus d'une manière compatible avec la répétition (le rôle du fournisseur) et la pertinence (le rôle du patient) pour soutenir le développement de l'auto-efficacité et de la motivation intrinsèque (niveau 1a, grade A).

Pharmacothérapie



1. La pharmacothérapie pour la perte de poids peut être utilisée pour les personnes ayant un IMC ≥ 30 kg/m² ou un IMC ≥ 27 kg/m² avec des complications liées à l'adiposité, en conjonction avec la thérapie de nutritionnelle, l'activité physique et les interventions psychologiques (liraglutide 3,0 mg [niveau 2a, grade B]), naltrexone/bupropion [niveau 2a, grade B], orlistat [niveau 2a, B]). La pharmacothérapie peut être utilisée pour maintenir la perte de poids qui a été réalisée par des changements de comportement de santé, et pour empêcher la reprise de poids (liraglutide 3.0 mg ou orlistat) (niveau 2a, grade B).
2. Pour les personnes atteintes de diabète de type 2 et d'IMC ≥ 27 kg/m², la pharmacothérapie peut être utilisée conjointement avec des changements de comportement pour la santé pour la perte de poids et l'amélioration du contrôle glycémique : liraglutide 3,0 mg (niveau 1a, grade A); naltrexone/bupropion (niveau 2a; Grade B), orlistat (niveau 2a, grade B).

Pharmacothérapie



3. Nous recommandons la pharmacothérapie en conjonction avec les changements de comportement de santé pour les personnes vivant avec un prédiabète et un surpoids ou de l'obésité ($IMC \geq 27\text{kg/m}^2$) pour retarder ou prévenir le diabète de type 2 (liraglutide 3,0 mg (niveau 2a, grade B); orlistat (niveau 2a, grade B)).
4. Nous ne suggérons pas l'utilisation de médicaments sur ordonnance ou en vente libre (OTC) autres que ceux approuvés pour la gestion du poids (niveau 4, grade D, consensus).
5. Pour les personnes vivant avec un surpoids ou de l'obésité qui ont besoin de pharmacothérapie pour d'autres conditions de santé, nous suggérons de choisir des médicaments qui ne sont pas associés à une prise de poids (niveau 4, grade D, Consensus).

Chirurgie Bariatrique



1. La chirurgie bariatrique peut être envisagée pour les personnes ayant un IMC $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec au moins une maladie liée à l'adiposité (niveau 4, grade D, Consensus) :

Réduire la mortalité globale à long terme (niveau 2b, grade B);

Induire une perte de poids à long terme nettement meilleure qu'une prise en charge médicale seule (niveau 1a, catégorie A);

Induire le contrôle et la rémission du diabète de type 2, en combinaison avec la meilleure prise en charge médicale, sur la meilleure gestion médicale seule (niveau 2a, grade B);

Améliorer considérablement la qualité de vie (niveau 3, grade C);

Induire une rémission à long terme de la plupart des maladies liées à l'obésité, y compris la dyslipidémie (niveau 3, grade C), l'hypertension (niveau 3, grade C), la stéatose hépatique et la stéatohépatite non alcoolique (niveau 3, grade C).

Chirurgie Bariatrique



2. La chirurgie bariatrique doit être envisagée chez les patients atteints de diabète de type 2 mal contrôlé et d'obésité de classe I (IMC entre 30 et 35 kg/m²) (niveau 1a; grade A) malgré une prise en charge médicale optimale.
3. La chirurgie bariatrique peut être envisagée pour la perte de poids et/ou pour contrôler les maladies liées à l'adiposité chez les personnes souffrant d'obésité de classe 1, chez lesquelles une prise en charge médicale et comportementale optimale a été insuffisante pour produire une perte de poids importante (niveau 2a, grade B).

Chirurgie Bariatrique



4. Nous suggérons que le choix de la procédure bariatrique (gastrectomie pariétale, dérivation gastrique ou dérivation biliopancréatique) soit décidé en fonction des besoins du patient, en collaboration avec une équipe interprofessionnelle expérimentée (niveau 4, grade D, consensus).
5. Nous suggérons que la bande gastrique ajustable ne soit pas offert en raison de complications inacceptables et d'échec à long terme (niveau 4, grade D).
6. Nous suggérons que le pontage gastrique avec anastomose simple ne soit pas systématiquement offert, dû aux complications à long terme en comparaison avec le dérivation gastrique standard de type Roux-en-Y (niveau 4, grade D).

Étape 4 & 5: Agree & Assist (Accord et Aide)



Agree on realistic expectations, sustainable behavioural goals, and health outcomes. Agree on a personalized action plan that is practical and sustainable, and addresses the drivers of weight gain.



Assist in identifying and addressing drivers and barriers. Provide education and resources. Refer to appropriate providers or interdisciplinary teams (if available). Arrange for regular, timely follow-up.





Canadian Adult Obesity Clinical Practice
GUIDELINES

Accroître la portée de la médecine de l'obésité



L'ASSOCIATION CANADIENNE
des MEDECINS et CHIRURGIENS BARIATRIQUE
The CANADIAN ASSOCIATION of
BARIATRIC PHYSICIANS and SURGEONS

obesity
canada  obésité
canada

Autres sujets abordés par les Lignes directrices de 2020



Permettre la participation à des activités de la vie quotidienne pour les personnes vivant avec l'obésité

Le rôle de la santé mentale dans la gestion de l'obésité

Interventions psychologiques et comportementales efficaces dans la gestion de l'obésité

Rôle des soins primaires dans la gestion de l'obésité

Rôle des médicaments et de la chirurgie dans la gestion de l'obésité

Technologies émergentes et médecine virtuelle dans la gestion de l'obésité

Gestion du poids au cours des années de reproduction pour les femmes adultes vivant avec de l'obésité

Gestion de l'obésité auprès des autochtones

Produits et programmes commerciaux en gestion de l'obésité

Full chapters of the
Adult Obesity Clinical Practice Guidelines
can be found at
www.obesitycanada.ca/guidelines

