

Obésité : Approche médicale

Marie-Philippe Morin. MD. FRCPC

Spécialiste en médecine interne
générale et bariatrique

IUCPQ



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Conflits d'intérêts

- **Honoraires de consultation** : Novo Nordisk, Bausch-Health, Astrazeneca, Boringher, Lilly, Janssen
- **Honoraires de conférencières**: Novo Nordisk, Bausch-Health, Astrazeneca, Boringher, Lilly, Janssen, Nestlé, Mantra pharma
- **Subventions de recherche et bourses éducationnelles** : Novo Nordisk, Sanofi, Bausch-Health, Mantra pharma, Boringher

Objectifs

1. Apprendre à utiliser les médicaments approuvés ou non pour la gestion du poids
2. Savoir repérer les médicaments nuisant à la perte de poids
3. Connaitre les nouveautés des dernières lignes directrices sur la prise en charge médicale

L'obésité est une maladie chronique¹

5 Health care providers can recognize and treat obesity as a chronic disease, caused by abnormal or excess body fat accumulation (adiposity), which impairs health, with increased risk of premature morbidity and mortality.

Level 2b, grade B



« L'obésité est une maladie chronique, prévalente tant dans les pays en développement que dans les pays développés, qui touche les enfants et les adultes¹. »



« Le fait de reconnaître l'obésité comme une maladie aidera à changer la façon dont les médecins abordent ce problème complexe qui se présente chez environ le tiers de la population américaine². »



« L'obésité est une maladie chronique et souvent progressive, comme le sont le diabète et l'hypertension⁴. »

Octobre 2015



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



« Les professionnels de la santé doivent reconnaître l'obésité comme une maladie pour que des mesures préventives soient instaurées et que les patients reçoivent un traitement adéquat³. »



1. OMS, Série de rapports techniques 894. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale, 2000. 2. Énoncé de position de l'AMA. Accessible à l'adresse : <http://www.ama-assn.org/>. 3. Communiqué de presse de l'AMC (octobre 2015). Accessible à l'adresse : <https://www.cma.ca/fr/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx>. 4. Réseau canadien en obésité. *5As of Obesity Management*. Version anglaise téléchargée sur www.obesitynetwork.ca le 11 novembre 2015.

Ampleur de la problématique...



La prévalence est 3 fois plus élevée depuis 1985.

L'obésité représente des coûts directs annuels (hospit, médicaments, visites médicales etc.) de 3,9 billion CAD en 2010 et des couts indirects (absentéisme, présentéisme, invalidité etc.) de 7,1 billion.

**8,3
million**

Canadiens avaient un IMC \geq 30 en 2016 (26,4%)

**1.9
million**

Canadiens avaient un IMC \geq 35
(augmentation de 455% depuis 1985)

**10.6
million**

Canadiens ont un IMC
entre 25 et 29.9kg/m²
(34%) en 2016

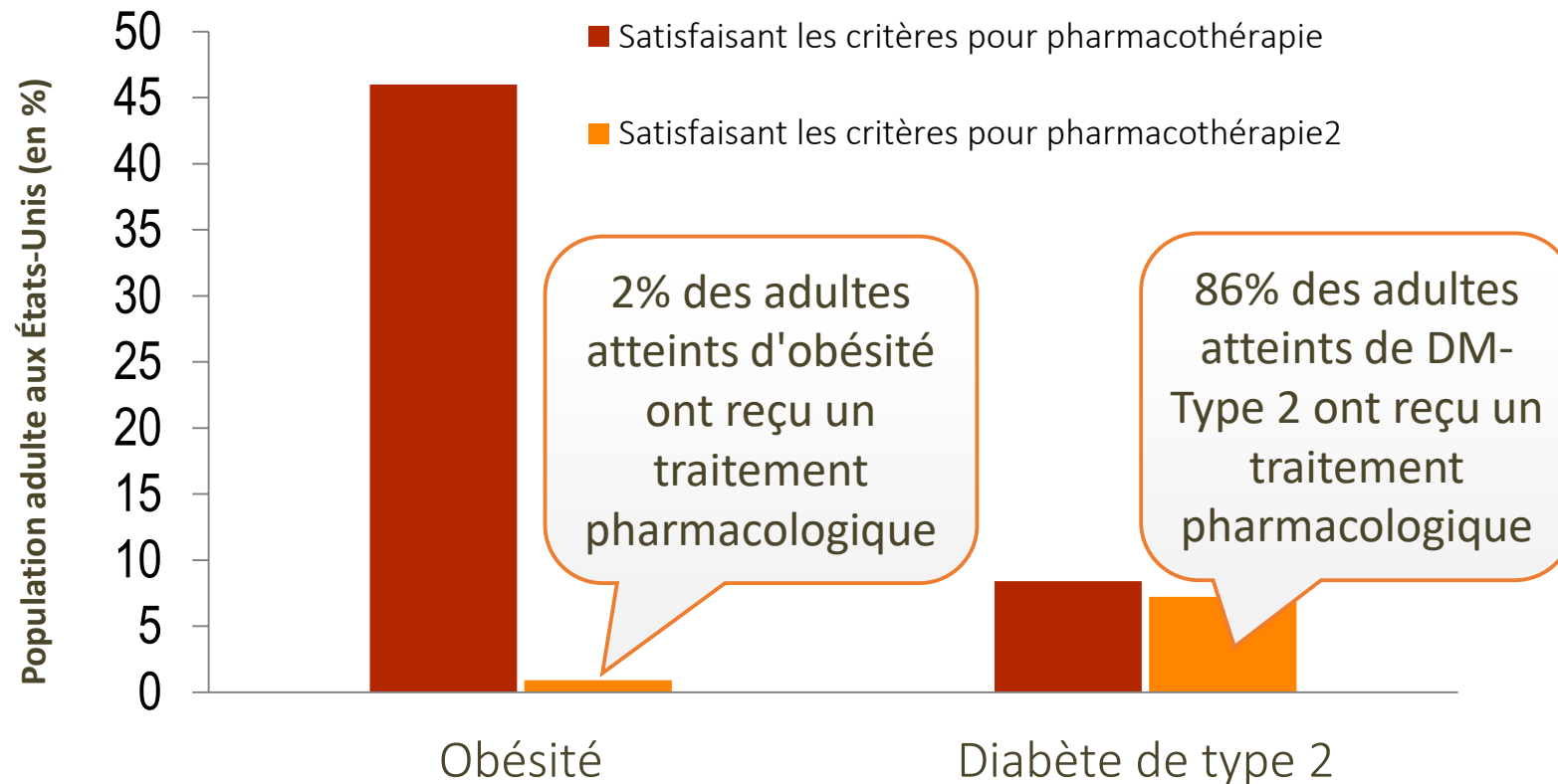
1/3

Enfants et adolescents de 6 à 17 ans étaient
en surpoids ou obésité en 2016

Ce qui a changé depuis 2007?



L'obésité demeure sous-traité comparativement au diabète de type 2



Nouveauté des lignes directrices en rafales



Catégorie IMC

Table 1: Recommended Classification of BMI^{45,53}

Category	BMI (kg/m ²)
Caucasian, European and North American ethnicity⁴⁵	
Underweight	< 18.5
Normal (healthy weight)	18.5–24.9
Overweight	25–29.9
Obesity Class 1	30–34.9
Obesity Class 2	35–39.9
Obesity Class 3	40–49.9
Obesity Class 4	50–59.9
Obesity Class 5	≥ 60
South-, Southeast- or East Asian ethnicity⁵³	
Underweight	< 18.5
Normal range	18.5–22.9
Overweight—At risk	23–24.9
Overweight—Moderate risk	25–29.9
Overweight—Severe risk	≥ 30

Limitations de l'IMC :

- Pas une mesure directe de la masse graisseuse et du risque cv, ni de la distribution des graisses
- Ne tient pas compte de la masse musculaire
- Sous-estime la masse graisseuse chez les patients avec perte musculaire
- Ne tient pas compte de l'ethnie, du sexe et du genre
- Moins fiable chez les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes, les patients avec ascites ou œdème ou les obèses sévères

Circonférence de taille

Predominant Ethnicity	Increased Abdominal Adiposity / Cardiovascular Risk		Significant Abdominal Adiposity / Greater Cardiovascular Risk	
	Women	Men	Women	Men
Caucasian European / United States / Mid-east Mediterranean ⁶⁴	80	94	88	102
Latino central / South American ⁶⁵	83	88	90	94
Sub-Saharan African ⁶⁴	80	94		
African American	90	80	99	95
African	71.5	76.5	81.5	80.5
Asian	80	85		
Chinese ⁶⁶	81	83		
Korean ⁶⁷	75	80	85	90
Canadian Aboriginal ⁶⁸	80	94		

- L'IMC, la circonférence de taille et l'évaluation des comorbidités sont des informations complémentaires pour déterminer le risque cardio-métabolique
- La mortalité est augmentée chez le patient obèse métaboliquement sain.

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

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

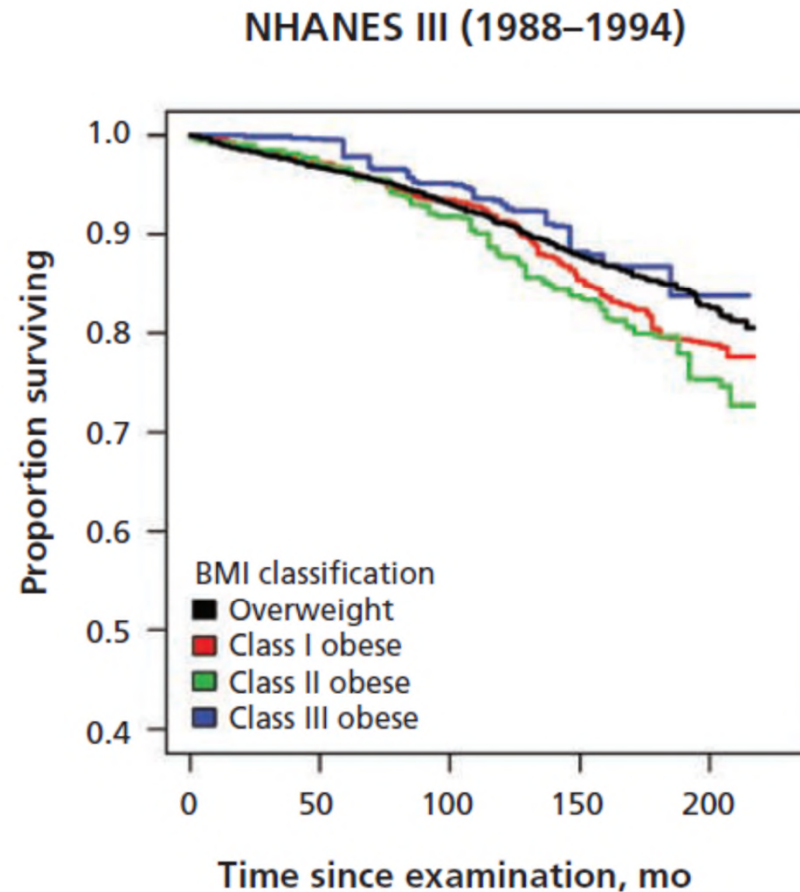
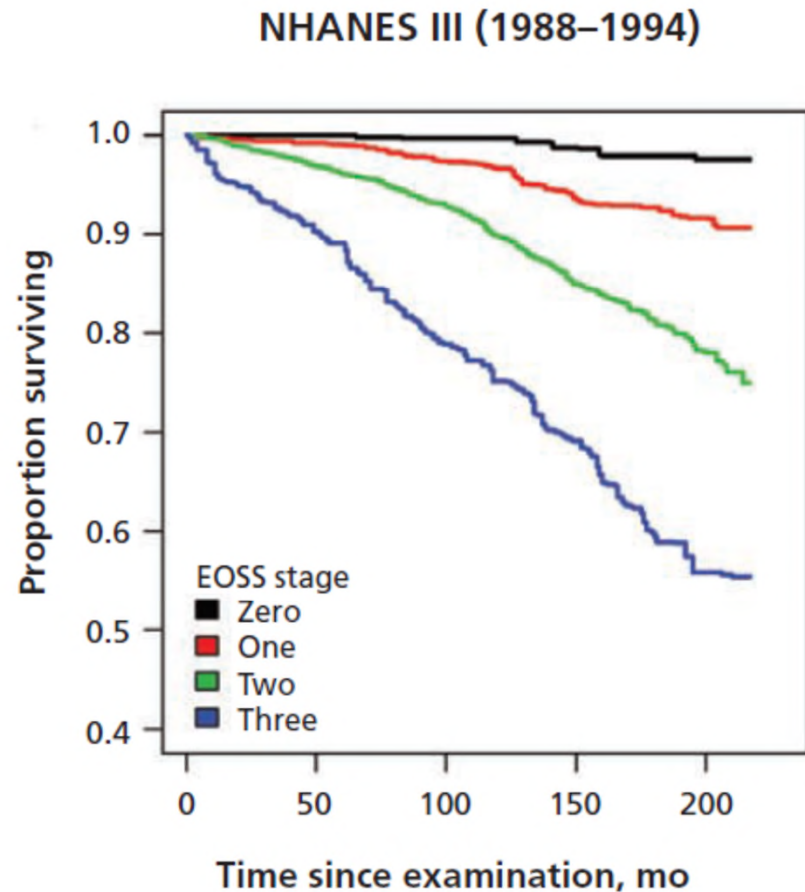
STAGE 4

- **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

Stade EOSS serait un bon prédicteur de la mortalité



Recherchez les causes, conséquences et barrière à la perte de poids

12 We suggest that a comprehensive history to identify root causes of weight gain as well as complications of obesity and potential barriers to treatment be included in the assessment.

Level 4, grade D

Mental	Mécanique	Métabolique	Monétaire
<ul style="list-style-type: none">• Fonction cognitive• Dépression• Trouble de l'attention• Toxicomanie• Psychose• Trouble alimentaire• Traumatisme• Insomnie	<ul style="list-style-type: none">• Apnée du sommeil• Arthrose• Douleur chronique• Reflux gastrique• Incontinence• Thrombose• Intertrigo• Fasciite plantaire	<ul style="list-style-type: none">• Diabète de type 2• Dyslipidémie• Hypertension• Goutte• Stéatose hépatique• Calculs biliaires• Syndrome des ovaires polykystiques• Cancer	<ul style="list-style-type: none">• Éducation• Emploi• Revenus• Assurance• Avantages• Incapacité• Programmes de perte de poids• Produits bariatriques



Hypoglycémiantes oraux et anti-HTA

Médicaments associés à un gain de poids	Médicaments avec un effet neutre sur le poids	Médicaments associés à une perte de poids	Médicaments associés à un gain de poids	Médicaments avec un effet neutre sur le poids
Repaglinide	Acarbose	Exénatide	Alpha-bloquants (doxazosine, prazosine, terazosine)	Bloquants des canaux calciques (amlodipine, féلودipine, nifédipine)
Gliclazide	Alogliptine Linagliptine Saxagliptine Sitagliptine	Dulaglutide		
Glimépiride		Lixisénatide		
Glyburide		Liraglutide		
		Sémaglutide		
Pioglitazone	Metformine*	Canagliflozine	Bêta-bloquants (aténolol, métoprolol, nadolol, propranolol, bisoprolol*)	Bêta-bloquants (carvédilol, labétalol, nébivolol)
Rosiglitazone		Dapagliflozine		
		Empagliflozine	IECA/ARA	
Insuline		Ertugliflozine	Diurétiques thiazidiques	

Tableau réalisé par Isabelle Giroux, pharmacienne à l'IUCPQ

Classe pharmacologique		Perte de poids ou effet neutre (< 1 kg/année)	Gain de poids modéré (1-5 kg/année)	Gain de poids majeur (>5 kg/année)
Antidépresseur	ADT		Amitriptyline Clomipramine Désipramine Doxépine Imipramine Nortriptyline Trimipramine*	
	ISRS	Escitalopram	Citalopram	
		Fluvoxamine ⁹	Paroxétine [∞]	
		Fluoxétine ¹⁰	Sertraline	
	IRSN	Desvenlafaxine*		
		Duloxétine Levomilnacipran*		
	IMAO	Venlafaxine		
Moclobemide		Phenelzine		
Autres	Tranlycypromine*			
	Bupropion	Mirtazapine [‡]		
	Trazodone			
	Vilazodone*			
	Vortioxétine*			



Tableau réalisé par Isabelle Giroux, pharmacienne à l'IUCPQ

Antipsychotiques

Classe pharmacologique		Perte de poids ou effet neutre (< 1 kg/an)	Gain de poids modéré (1-5 kg/an)	Gain de poids majeur (>5 kg/an)
Antipsychotiques	Typique	Loxapine Pimozide	Chlorpromazine Halopéridol Flupenthixol Fluphénazine Méthotriméprazine Perphénazine Pipotiazine Zuclopthixol	
	Atypique	Aripiprazole Asénapine Brexiprazole* Lurasidone Paliperidone Ziprasidone	Quétiapine† Rispéridone†	Clozapine Olanzapine



Anticonvulsivants et stabilisateurs de l'humeur

Classe pharmacologique	Perte de poids ou effet neutre (< 1 kg/année)	Gain de poids modéré (1-5 kg/année)	Gain de poids majeur (>5 kg/année)
Anticonvulsivants	Clobazam	Gabapentine	Acide valproïque
	Ethosuximide*	Prégabaline	Carbamazépine
	Lacosamide*		
	Lamotrigine		
	Lévétiracetam		
	Oxcarbamazépine		
	Phénytoïne		
	Phénobarbital		
	Primidone*		
	Topiramate		
	Zonisamide		
Stabilisateurs de l'humeur			Lithium

Tableau réalisé par Isabelle Giroux, pharmacienne à l'IUCPQ



Appendix Table 1. DSM-5 Diagnostic Criteria for Binge-Eating Disorder

Definition, by Criteria Set

Criterion 1

Recurrent episodes of binge eating characterized by both of the following:

- a. Eating, in a discrete period of time (e.g., within any 2-hour period), an amount of food that is definitely larger than most people would eat in a similar period under similar circumstances
- b. Sense of a lack of control over eating during the episode (e.g., a feeling that one cannot stop eating or control what or how much one is eating)

18 Health care providers should consider lisdexamfetamine and topiramate as an adjunct to psychological treatment to reduce eating pathology and weight in people with overweight or obesity and binge-eating disorder. Level 1a, grade A

e. Feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty after overeating

Criterion 3

Marked distress regarding binge eating is present.

Criterion 4

Binge eating occurs, on average, at least 1 d/wk for 3 mo

Criterion 5

Binge eating is not associated with regular use of inappropriate compensatory behavior (e.g., purging, fasting, excessive exercise) and does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa or bulimia nervosa.

Severity grading, episodes/wk

- Mild: 1-3
- Moderate: 4-7
- Severe: 8-13
- Extreme: ≥ 14

Lisdexamfetamine(Vyvanse) pour l'hyperphagie boulimique modéré à sévère (Binge Eating Disorder)

- Two phase 3 double blind RCT , 12 weeks, 50-70mg LDX, total of 773 patients (mostly white, female, BMI 33)
 - Small number had or were receiving psychotherapy
- Mod-severe BED: ≥ 3 Binge eating days/week for 2

Least square mean changes from baseline in binge eating days/week

- Study 1: placebo: -2.51 LDX: -3.87
- Study 2: placebo: -2.26 LDX: -3.92

- LS mean treatment difference % body wt change from baseline

- Study 1: - 6.35% (-7.17, -5.54) $p < 0.001$
- Study 2: - 5.41% (-6.39, -4.44) $p < 0.001$

- Side effects: Headaches, insomnia, dry mouth

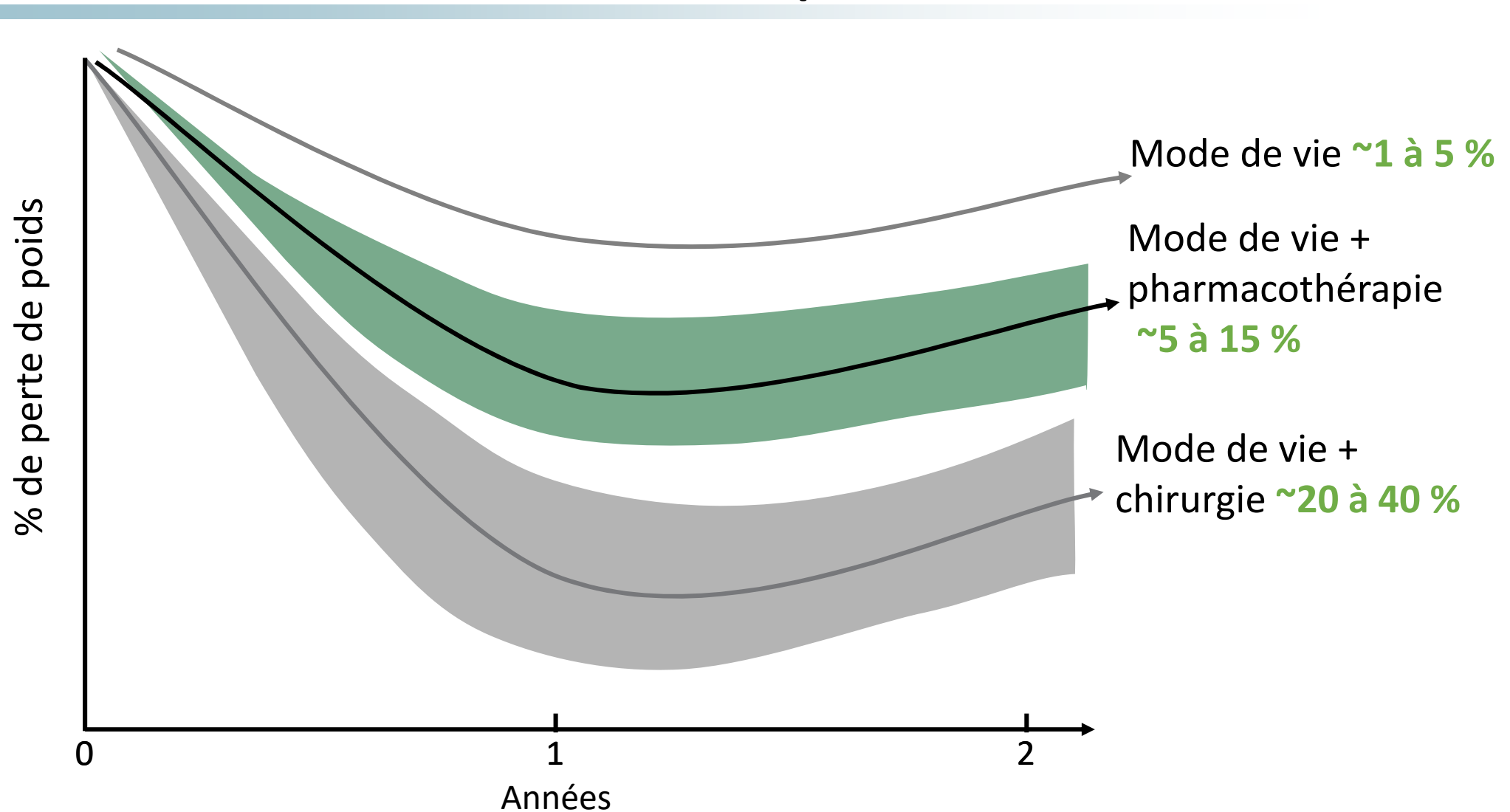
Approche de traitement par piliers



The Three Pillars of Obesity Management that Support Nutrition and Activity



Perte de poids moyenne pour chacune des options



Thérapie nutritionnelle

1. Aucune diète n'est supérieur à une autre en matière de perte de poids
2. Individualisation de la diète
3. Adhérence à long terme
4. Équilibre nutritionnelle
5. Assiette Santé
6. Suivi par une nutritionniste
7. Intensité de l'intervention et des suivis augmente la perte poids et l'amélioration des comorbidités donc le diabète et le pré-diabète

Consommez des fruits
et des légumes en
abondance

Mangez des aliments
riches en protéines

Faites de l'eau votre
boisson de choix



Optez pour des
aliments à base
de grains entiers

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 :

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).

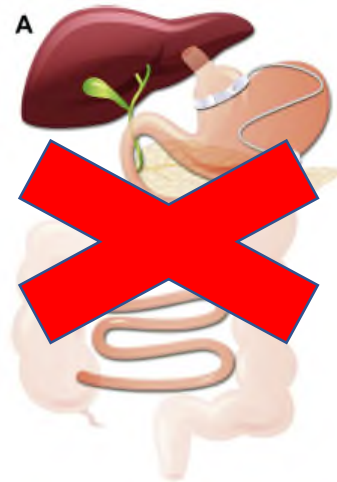
Activité physique



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).

Chirurgie bariatrique

- 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).
- 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.



Pharmacothérapie

- Médicaments approuvés au Canada
 - ✓ Liraglutide 3 mg
 - ✓ Orlistat
 - ✓ Naltrexone-Bupropion
 - ✓ Semaglutide 2.4 mg (bientôt approuvé)
- Médicaments hors-indication
 - ✓ Topiramate
 - ✓ Phentermine
 - ✓ Semaglutide 1 mg
 - ✓ Liraglutide 1.8 mg
 - ✓ Tirzepatide (lorsque sera disponible sur le marché)
 - ✓ Metformin
 - ✓ Lixdexamphétamine (ou tout autre psychostimulants)
 - ✓ Naltrexone-Bupropion (séparé)

Caractéristiques des traitements disponibles

Propriétés	Orlistat (Xenical®) (perte de poids de 5-10%)	Liraglutide (Saxenda®) (perte de poids de 5-10%)	Naltrexone/bupropion (Contrave) (perte de poids de 5-10%)
Classe	Inhibiteur de la lipase gastrique et pancréatique (inhibe l'absorption de 30% des graisses alimentaires)	Agoniste des récepteurs du GLP-1	2 médicaments en 1 Naltrexone: antagoniste des récepteur des opiacés Bupropion: inhibiteur de la recapture de la dopamine et noradrénaline (antidépresseur)
Indication	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$ <u>ou</u> $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ + trouble concomitant	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$ <u>ou</u> $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ + trouble concomitant	$\geq 30 \text{ kg/m}^2$ <u>ou</u> $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ + trouble concomitant
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de malabsorption chronique • Cholestase 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de néoplasie endocrinienne multiple, cancer médullaire de la thyroïde • Grossesse et allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire de convulsion • Hypertension mal contrôlé • Glaucome • Grossesse et allaitement • Alcoolisme • Prise d'opiacés
Effets indésirables les plus courants	<ul style="list-style-type: none"> • Taches, selles ou évacuation huileuses • Flatulence avec écoulement fécal • Défécation impérieuse ou accrue 	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée, vomissement, dyspepsie • Diarrhée, constipation • Douleur abdominale 	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée • Constipation • Maux de tête

Caractéristiques des traitements disponibles

Propriétés	Orlistat (Xenical®) (perte de poids de 5-10%)	Liraglutide (Saxenda®) (perte de poids de 5-10%)	Naltrexone/bupropion (Contrave) (perte de poids de 5-10%)
% de perte de poids (placebo soustrait)	- 4.0%	-5.4%	-4.8%
% perte de poids (à long terme)	-2.5% à 4 ans	-4.2% à 3 ans	Pas d'étude à long terme
↓ de HBAIC à 1 an (placebo soustrait)	-0.4%	-1.0%	-0.5%
Effets sur le pré-diabète	37.3% de réduction de risque de développer le diabète de type 2 à 4 ans	79 % de réduction de risque de développer le diabète de type 2 à 4 ans	Aucune étude

Caractéristiques des traitements disponibles

Propriétés	Orlistat (Xenical®) (perte de poids de 5-10%)	Liraglutide (Saxenda®) (perte de poids de 5-10%)	Naltrexone/bupropion (Contrave) (perte de poids de 5-10%)
Effet sur la tension artérielle (placebo soustrait) à 1 an	-1.9 mm Hg (TA systolique) 1.5 mm Hg (TA diastolique)	-2.8 mm Hg (TA systolique) -0.9 mm Hg (TA diastolique)	+1.8 mm Hg (TA systolique) +0.9 mm Hg (TA diastolique)
Effet sur le bilan lipidique à 1 ans (placebo soustrait)	CT : -0.27 mmol/L LDL: -0.21 mmol/L HDL : -0.02 mmol/L TG : -0.00 mmol/L	CT: -2.3% LDL:-2.4% HDL:+1.9% Non-HDL: -3.9% TG:-9.3%	LDL:-1.5% HDL:+7.2% TG:
Effet sur SAHS	Pas d'études	↓ index apnée/hypopnées de 6 évènements/h	Pas d'études
Effet sur le NASH	Aucun effet	Amélioration	Pas d'études
Interactions médicamenteuses	Vitamines liposolubles Synthroid Cyclosporine Anticoagulants oraux Anticonvulsivants	Ralentissement de la vidange gastrique	ISRS Tamoxifen

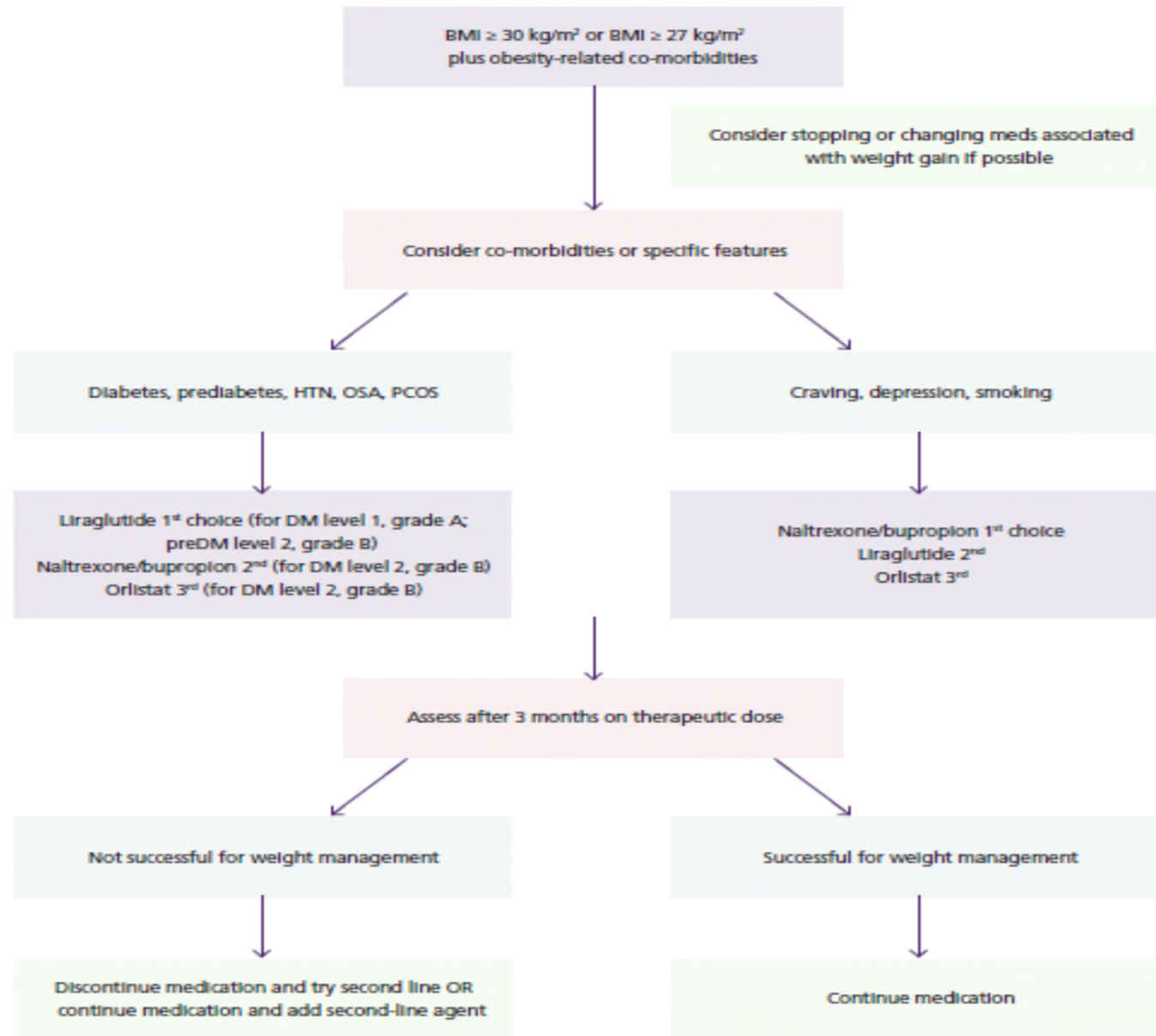
Pharmacothérapie



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]).
2. 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).
3. 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).
4. 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 ≥ 27 kg/m²) pour retarder ou prévenir le diabète de type 2 (liraglutide 3,0 mg (niveau 2a, grade B); orlistat (niveau 2a, grade B).

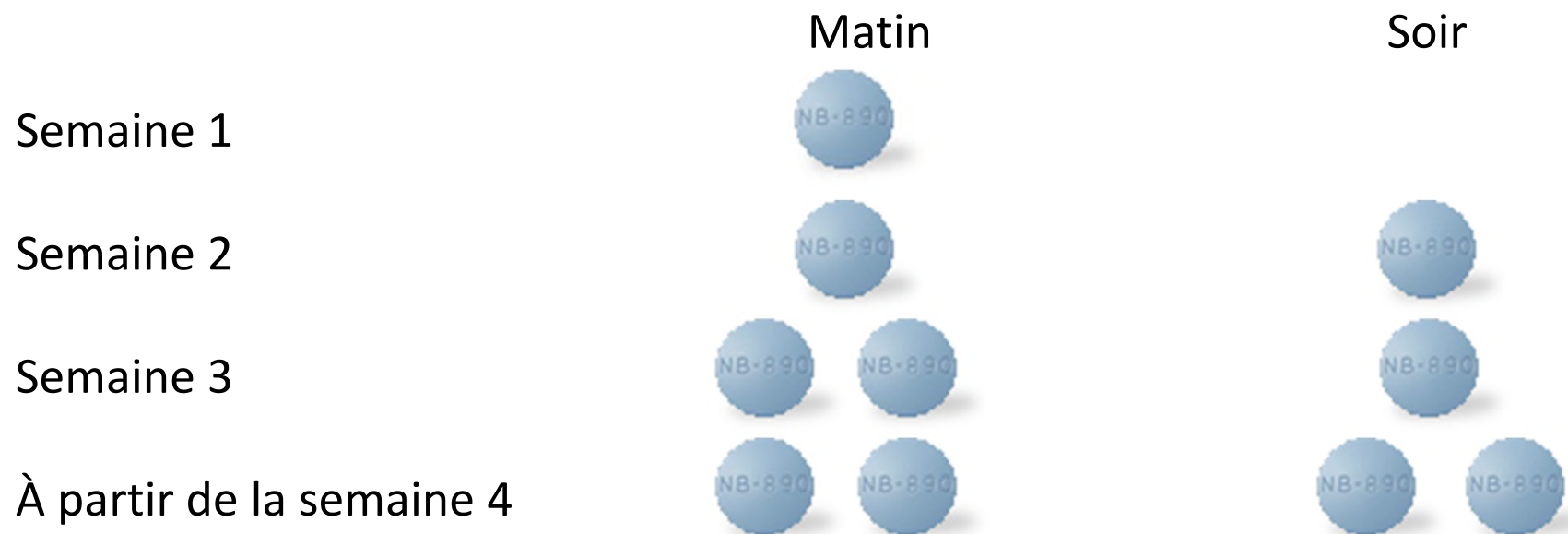
Comment choisir la médication ?

Figure 1. Algorithm: Choice of Obesity Pharmacotherapy



Comment débuter la médication?

La posologie de **Contrave** doit être augmentée progressivement sur une période de 4 semaines



L'augmentation des doses peut se faire plus lentement sur plusieurs semaines si effets secondaires.

Recette Naltrexone-Bupropion <<maison>>

Bupropion SR

- 100 mg po die x 1 sem
- 100 mg po BID x 1 sem
- 200 mg am + 100 mg po pm x 1 sem
- 200 mg am + 150 mg po pm par la suite

Naltrexone

- 12.5 mg po die x 2 sem
- 12.5 mg po BID x 2 sem
- 25 mg po am + 12.5 mg po pm par la suite

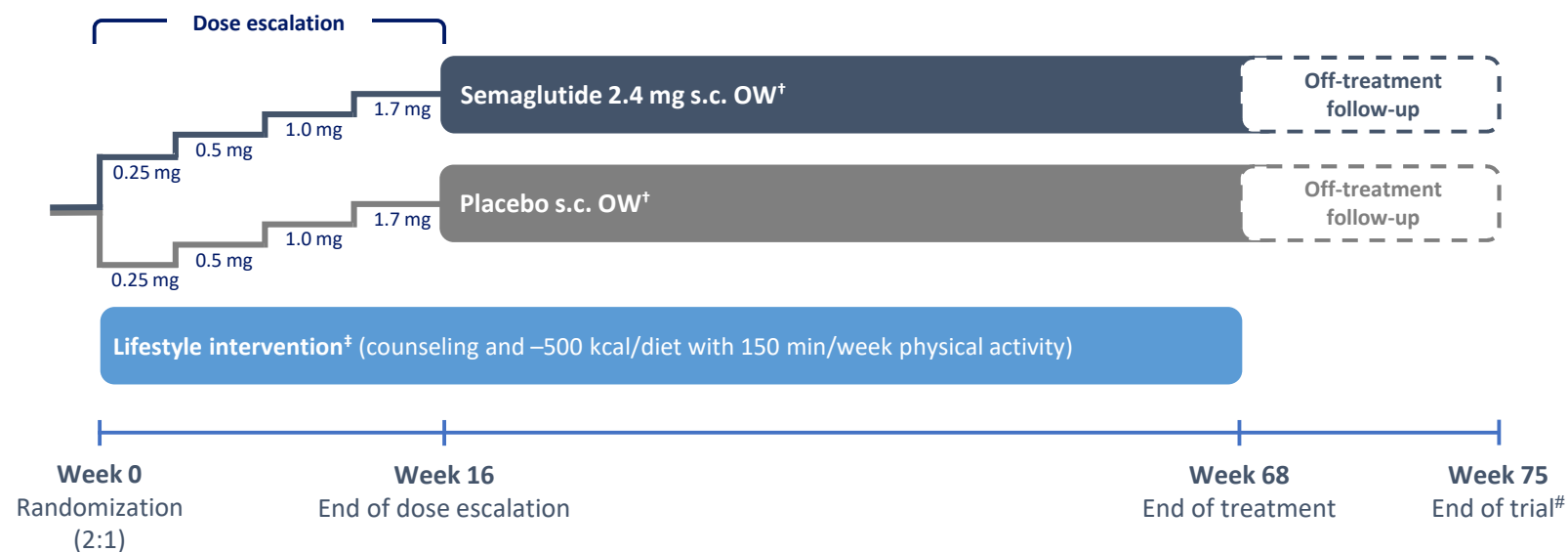
STEP 1

Key inclusion criteria

- Age ≥ 18 years old
- ≥ 1 self-reported unsuccessful dietary effort to lose weight
- BMI ≥ 30 kg/m², or BMI ≥ 27 kg/m² with ≥ 1 treated or untreated weigh-related comorbidity*

Key exclusion criteria

- Diabetes or HbA_{1c} $\geq 6.5\%$ (≥ 48 mmol/mol)
- Chronic pancreatitis history or acute pancreatitis within 180 days
- Prior surgical obesity treatment
- Anti-obesity medication use within 90 days



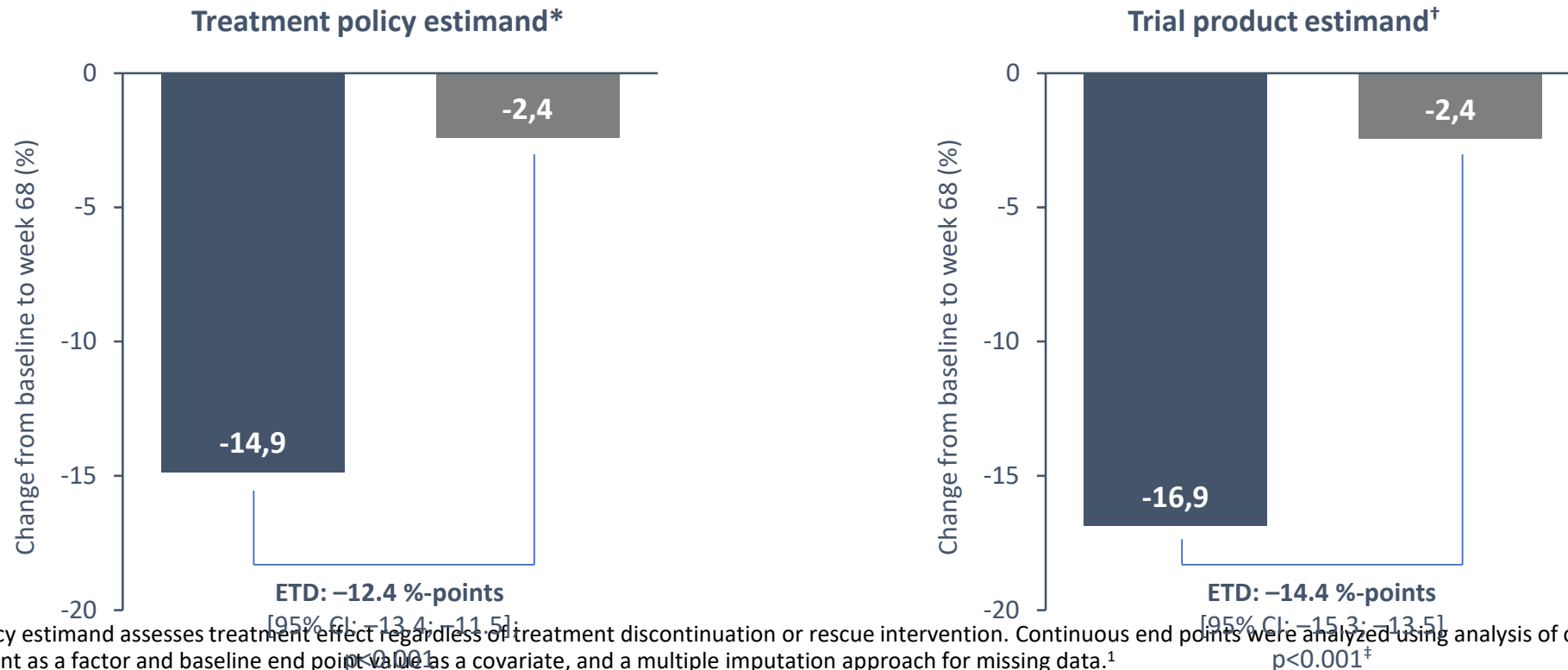
Trial information

- Randomized, double-blind, placebo-controlled study conducted at 129 sites in 16 countries in Asia, Europe, North American and South America
- Participants were randomized (2:1) to once-weekly s.c. semaglutide 2.4 mg or placebo in addition to lifestyle intervention
 - Semaglutide was initiated at 0.25 mg once weekly for the first 4 weeks, escalating every 4 weeks to reach the maintenance dose of 2.4 mg by week 16 (lower maintenance doses were permitted if participants were unable to tolerate 2.4 mg)
 - Adherence to lifestyle intervention (reduced-calorie diet and increased physical activity), recorded daily via diary, smartphone app, or other tools

relative to the energy expenditure estimated at randomization; physical activity such as walking. [#]End of trial for the main phase. BMI, body mass index; HbA_{1c}, glycated hemoglobin; OW, once-weekly; s.c., subcutaneous.

Adapted from Online Supplementary Figure S1. Trial design.

Percentage change in body weight from baseline to week 68



*The treatment policy estimand assesses treatment effect regardless of treatment discontinuation or rescue intervention. Continuous end points were analyzed using analysis of covariance, with randomized treatment as a factor and baseline end point value as a covariate, and a multiple imputation approach for missing data.¹

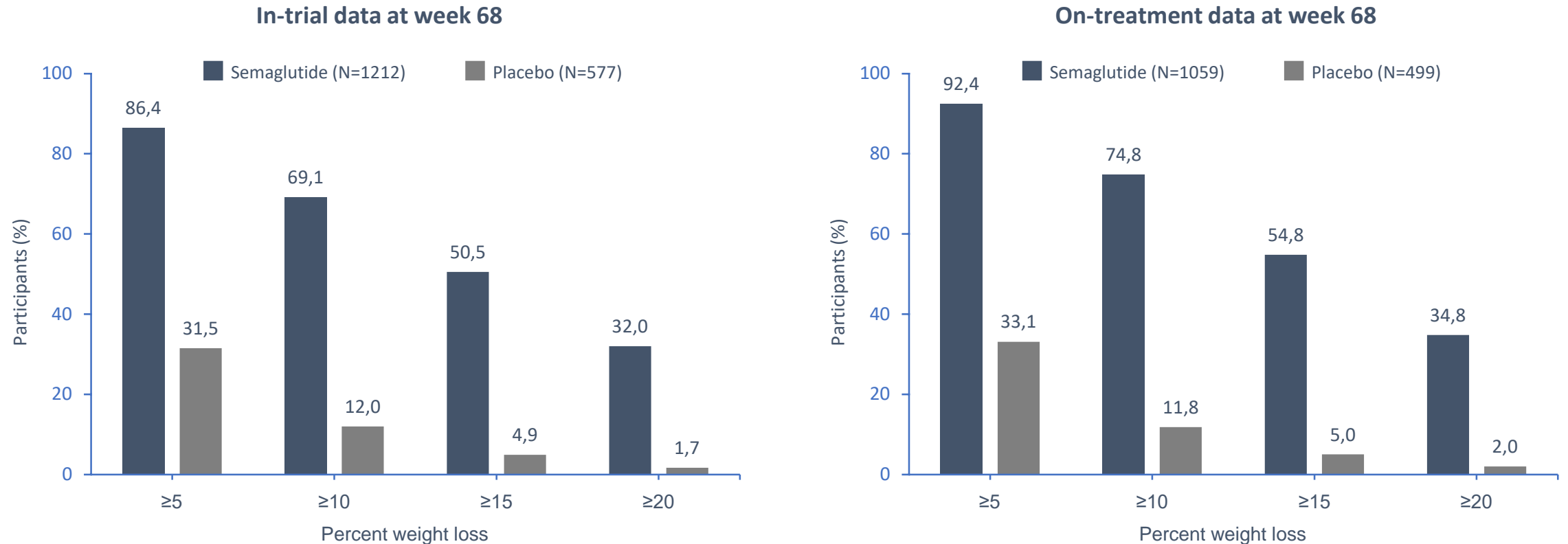
†The trial product estimand assesses treatment effect if trial product was taken as intended (i.e. if all participants adhered to treatment and did not receive rescue intervention). End points were analyzed using a mixed model for repeated measurements.

‡Not controlled for multiplicity.

1. Kushner RF, et al. Obesity 2020;6:1050-61. CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference.

Adapted from data presented in Table 2. Coprimary, Confirmatory, and Selected Supportive Secondary and Exploratory End Points for the Treatment Policy Estimand, and Table S2. Co-primary, Confirmatory and Selected Supportive Secondary Endpoints for the Trial Product Estimand.

Achievement of categorical body weight reductions at week 68



Bar graphs show the percentages of participants with an observation at the week 68 visit in whom body-weight reductions of at least 5%, 10%, 15%, and 20% were achieved from baseline to week 68 during the in-trial observation period and on-treatment observation period.

Adapted from Figure 1C/D. Effect of Once-Weekly Semaglutide, as Compared with Placebo, on Body Weight.

Effets secondaires

	Semaglutide 2.4 mg once weekly (N=1306)			Placebo once weekly (N=655)		
	n (%)	Events	Events per 100 patient-years	n (%)	Events	Events per 100 patient-years
Any AE	1171 (89.7)	9658	566.1	566 (86.4)	3302	398.0
Serious AEs	128 (9.8)	164	9.6	42 (6.4)	53	6.4
AEs leading to trial product discontinuation	92 (7.0)	123	7.2	20 (3.1)	23	2.8
Gastrointestinal disorders	59 (4.5)	78	4.6	5 (0.8)	5	0.6
Fatal events*†	1 (0.1)	1	0.1	1 (0.2)	3	0.3
AEs reported in ≥10% of participants‡						
Nausea	577 (44.2)	1068	62.6	114 (17.4)	146	17.6
Diarrhea	412 (31.5)	766	44.9	104 (15.9)	138	16.6
Vomiting	324 (24.8)	636	37.3	43 (6.6)	52	6.3
Constipation	306 (23.4)	390	22.9	62 (9.5)	73	8.8
Nasopharyngitis	281 (21.5)	480	28.1	133 (20.3)	216	26.0
Headache	198 (15.2)	387	22.7	80 (12.2)	104	12.5
Dyspepsia	135 (10.3)	179	10.5	23 (3.5)	30	3.6
Abdominal pain	130 (10.0)	175	10.3	36 (5.5)	41	4.9
Upper respiratory tract infection	114 (8.7)	158	9.3	80 (12.2)	116	14.0

†Death occurred in one participant with a medical history of hypertension and obstructive sleep apnea who had discontinued semaglutide. In the placebo group, death due to glioblastoma, aspiration pneumonia, and severe sepsis occurred in one participant each who had discontinued placebo. *Shown are the most common adverse events, according to preferred term, reported in 10% or more of participants in either treatment group. AE, adverse events.

Adapted from Table 3. Adverse events.

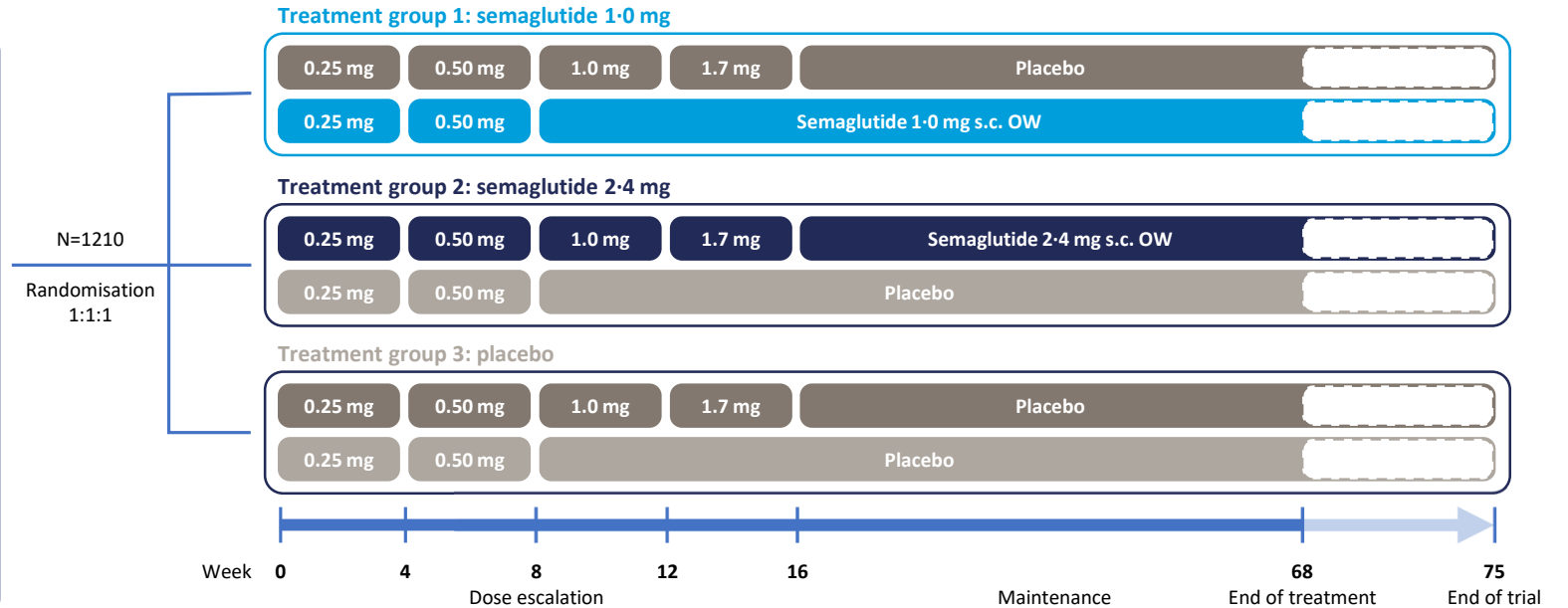
STEP 2

Key inclusion criteria

- Age ≥ 18 years old
- ≥ 1 self-reported unsuccessful dietary effort to lose weight
- BMI ≥ 27 kg/m² and HbA_{1c} 7–10% [53–86 mmol/mol]
- Diagnosed with T2D ≥ 180 days prior to screening
- T2D managed with diet and exercise, or with stable dose ≤ 3 oral glucose-lowering agents*

Key exclusion criteria

- Self-reported changes in body weight of >5 kg within 90 days before screening
- Prior or planned (during the trial period) obesity treatment with surgery or a weight-loss device



Trial information

- Randomised, double-blind, placebo-controlled study, conducted at 149 sites in 12 countries in Europe, North America, South America, Middle East, South Africa and Asia
- Patients were randomised 1:1:1 to semaglutide 2.4 or 1.0 mg or placebo, once weekly for 68 weeks, plus lifestyle intervention, followed by 7 weeks without treatment
- Semaglutide was initiated at 0.25 mg once weekly, escalated in a fixed dose regimen every 4 weeks until target dose was reached (2.4 mg or 1.0 mg by weeks 8–16)
 - Lifestyle intervention involved counselling[†] on diet (500 kcal/day reduction) and physical activity (150 minutes/week); patients encouraged to keep a food and activity diary

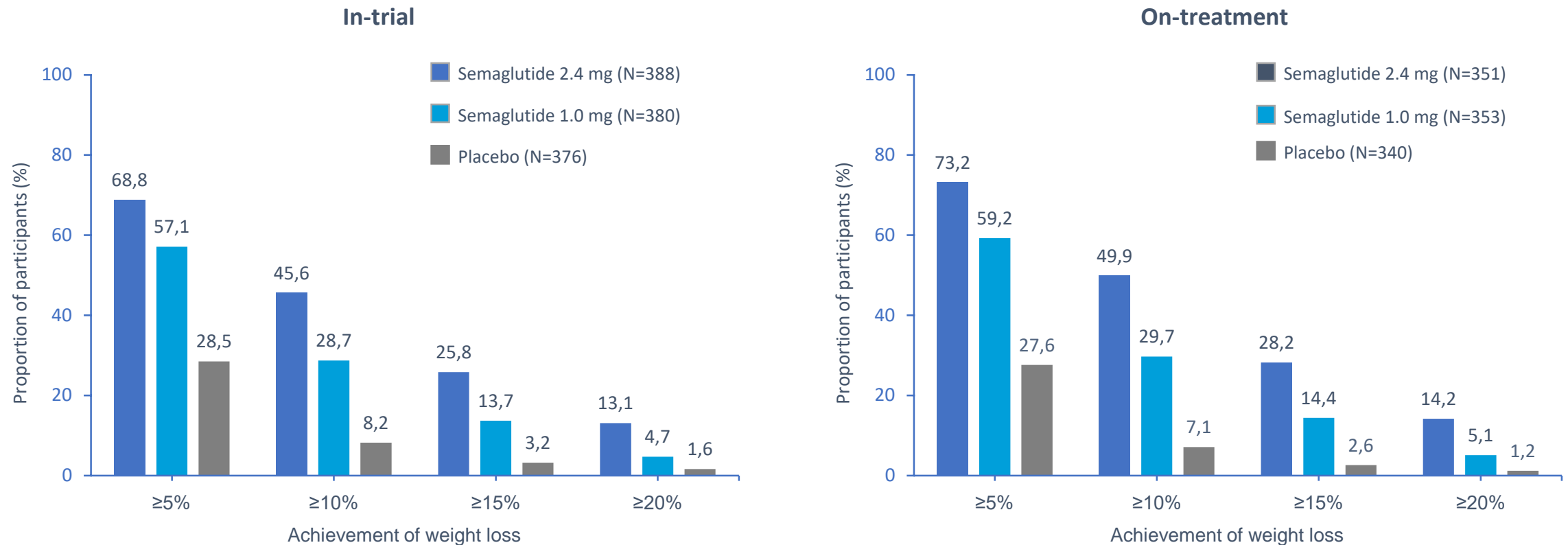
*Patients could intensify glucose-lowering therapy as judged by the investigator. Insulin permitted only in cases of persistent hyperglycaemia (fasting plasma glucose > 15 mmol/l).

[†]Every fourth week including review of food and exercise diaries. All treatment groups were as an adjunct to lifestyle intervention (–500 kcal/day diet plus 150 min/week physical activity). End of treatment was followed by a 7-week off-drug follow-up period.

BMI, body mass index; HbA_{1c}, glycated haemoglobin; OW, once-weekly; s.c., subcutaneous; T2D, type 2 diabetes.

Adapted from Online Supplementary Figure S1. Trial design.

Achievement of categorical body weight reductions at week 68



Observed proportions of patients achieving body weight reductions of at least 5%, 10%, 15%, and 20% from baseline at week 68 in the full analysis population during the in-trial observation period (from randomisation to last contact with trial site, regardless of treatment discontinuation or rescue intervention) and on-treatment observation period (during treatment with trial product [any dose of trial product administered within the previous 2 weeks]). Data are for the full analysis set.

Adapted from Figure 2. Comparison of bodyweight parameters for semaglutide 2.4 mg versus semaglutide 1.0 mg versus placebo, given once a week

Réduction de HbA1c

	Semaglutide 2.4 mg (N=404)	Semaglutide 1.0 mg (N=403)	Placebo (N=403)	Treatment comparison [95% CI]; p value (for confirmatory analyses)
HbA _{1c} , percentage points				Semaglutide 2.4 mg – placebo ETD: -1.2 [-1.4 to -1.0]; p<0.0001
Week 68 mean ± SD	6.4 (1.2); n=381	6.6 (1.1); n=376	7.8 (1.3); n=374	Semaglutide 2.4 mg – semaglutide 1.0 mg ETD: -0.2 [-0.3 to 0.0]
Change from baseline to week 68 ± SE	-1.6 ± 0.1	-1.5 ± 0.1	-0.4 ± 0.1	Semaglutide 1.0 mg – placebo ETD: -1.1 [-1.3 to -0.9]
HbA _{1c} , mmol/mol				Semaglutide 2.4 mg – placebo ETD: -13.5 [-15.5 to -11.4]; p<0.0001
Week 68 mean ± SD	46.7 ± 12.9; n=381	48.4 ± 12.0; n=376	61.8 ± 14.4; n=374	Semaglutide 2.4 mg – semaglutide 1.0 mg ETD: -1.7 [-3.7 to 0.4]
Change from baseline to week 68 ± SE	-17.5 ± 0.7	-15.9 ± 0.8	-4.1 ± 0.8	Semaglutide 1.0 mg – placebo ETD: -11.8 [-14.0 to -9.7]

Data are for the full analysis set for the treatment policy estimand (assesses treatment effect regardless of treatment discontinuation or rescue intervention).

CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference; SD, standard deviation; SE, standard error.

Adapted from Table 2. Co-primary, confirmatory secondary, and selected exploratory trial endpoints (treatment policy estimand).

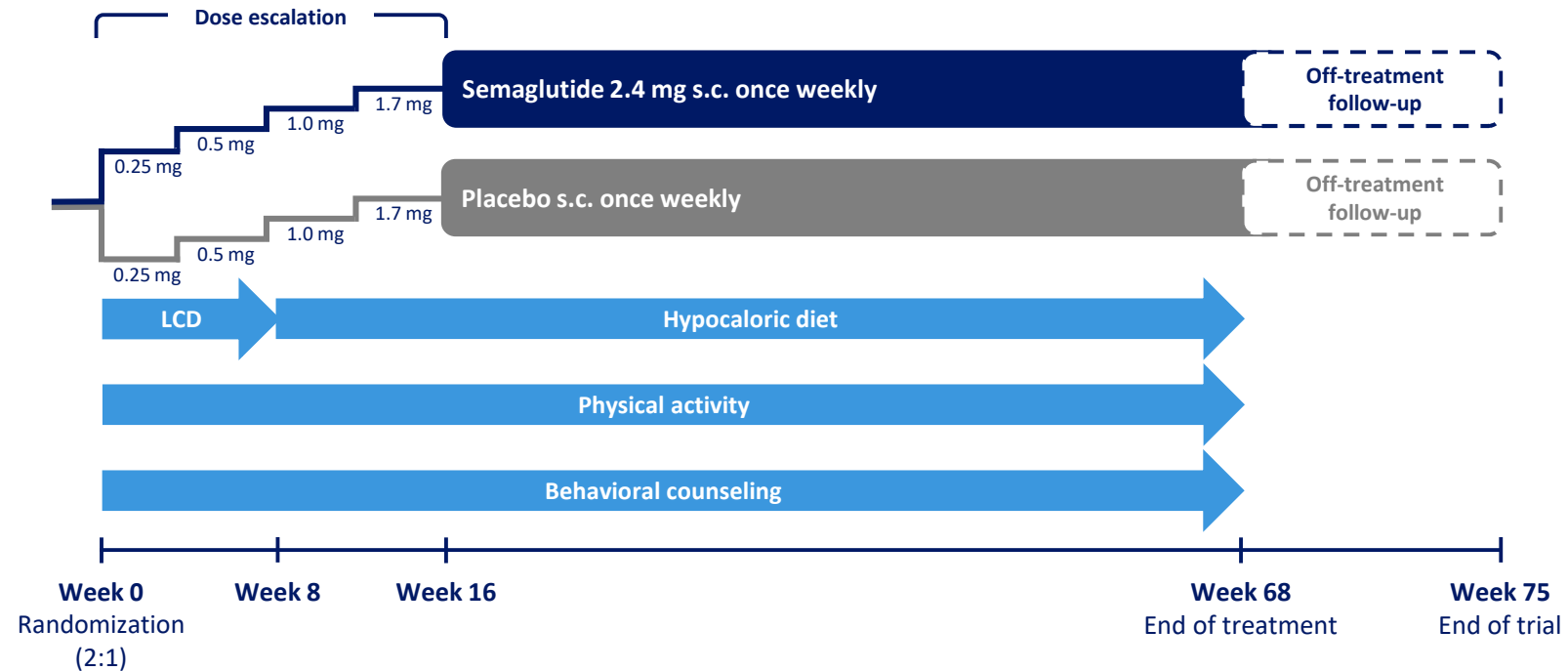
STEP 3

Key inclusion criteria

- Age ≥ 18 years old
- ≥ 1 self-reported unsuccessful dietary effort to lose weight
- BMI ≥ 30 kg/m², or BMI ≥ 27 kg/m² with ≥ 1 treated or untreated weight-related comorbidity^a

Key exclusion criteria

- Diabetes or HbA_{1c} $\geq 6.5\%$ (≥ 48 mmol/mol)
- Self-reported body weight change >5 kg within 90 days prior to screening
- Prior or planned obesity treatment with surgery or a weight loss device



Trial information

- Randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study conducted at 41 sites in the United States from August 2018 to April 2020
- Participants were randomized (2:1) to once-weekly s.c. semaglutide 2.4 mg or placebo, both in addition to an initial low-calorie diet and IBT
- Semaglutide was initiated at 0.25 mg once weekly for the first 4 weeks, escalating every 4 weeks to reach the maintenance dose of 2.4 mg by week 16^b
 - Participants received a low-calorie diet^c for the first 8 weeks after randomization and subsequently transitioned to a hypocaloric diet^d for the remainder of the 68 weeks
 - IBT involved 30 individual visits with a registered dietitian, who instructed participants in diet, physical activity, and behavioral strategies^e
 - Physical activity^f was initiated at 100 minutes/week (over 4–5 days) and increased by 25 minutes every 4 weeks to reach 200 minutes/week, recorded using an activity tracker

^aHypertension, dyslipidemia, obstructive sleep apnea, or cardiovascular disease. ^bA maintenance dose of 1.7 mg was permitted if participants were unable to tolerate 2.4 mg. ^c1000–1200 kcal/day provided as meal-replacements (e.g., liquid shakes, meal bars, and portion-controlled meals [provided by Nutrisystem, supplied by the sponsor]). ^dConventional food with prescribed calorie intake based on randomization body weight. ^eEach IBT counseling session covered a specific topic, e.g., advice on modifying diet or physical activity as well as behavioral strategies to facilitate these (e.g., monitoring food intake, challenging negative thoughts, obtaining social support); from randomization to week 12, participants received weekly IBT counseling from a dietitian (or a similarly qualified healthcare professional); from weeks 14 to 24, IBT counseling visits decreased to every-other-week, and from weeks 28 to 68 were every 4 weeks (for a total of 30 IBT visits over the 68 weeks). ^fBMI, body mass index; HbA_{1c}, glycated hemoglobin; IBT, intensive behavioral therapy; LCD, low-calorie diet; OW, once-weekly; s.c., subcutaneous. Adapted from eFigure 1, Trial Design.

Co-primary and confirmatory secondary end points

Treatment policy estimand^a

End point ^b	Semaglutide 2.4 mg (N=407)	Placebo (N=204)	Difference (95% CI)	Odds ratio (95% CI)	P value
Co-primary end points^c					
Body weight, % reduction	-16.0	-5.7	-10.3 (-12.0 to -8.6)		< 0.001
Body weight reduction ≥5% – proportion of participants at week 68, %	86.6	47.6		6.1 (4.0 to 9.3)	< 0.001
Confirmatory secondary end points					
Waist circumference, cm	-14.6	-6.3	-8.3 (-10.1 to -6.6)		< 0.001
Systolic blood pressure, mmHg	-5.6	-1.6	-3.9 (-6.4 to -1.5)		0.001
SF-36 physical functioning score ^d	2.4	1.6	0.8 (-0.2 to 1.9)		0.12
Body weight reduction ≥10% – proportion of participants at week 68, %	75.3	27.0		7.4 (4.9 to 11.0)	< 0.001
Body weight reduction ≥15% – proportion of participants at week 68, %	55.8	13.2		7.9 (4.9 to 12.6)	< 0.001

^aValues are estimated mean change from baseline to week 68 and estimated treatment difference (unless stated otherwise), based on the treatment policy estimand for the in-trial period (from randomization to last contact with trial site, regardless of treatment discontinuation or rescue intervention) for the full analysis set, which includes all participants randomly assigned to a treatment group regardless of whether they initiated treatment. ^bContinuous endpoints were analyzed using analysis of covariance, with randomized treatment as a factor and baseline endpoint value as a covariate, and a multiple imputation approach for missing data; categorical endpoints were analyzed using logistic regression, with the same factor and covariate. ^cBaseline body weight was 106.9 kg (SD 22.8) in the semaglutide group and 103.7 kg (SD 22.9) in the placebo group. ^dThe SF-36 uses a norm-based score. Norm-based scores above and below 50 are above and below the average, respectively, found in the 2009 US general population. CI, confidence interval; SD, standard deviation; SF-36, Short Form 36v2[®] Health Survey, Acute Version.

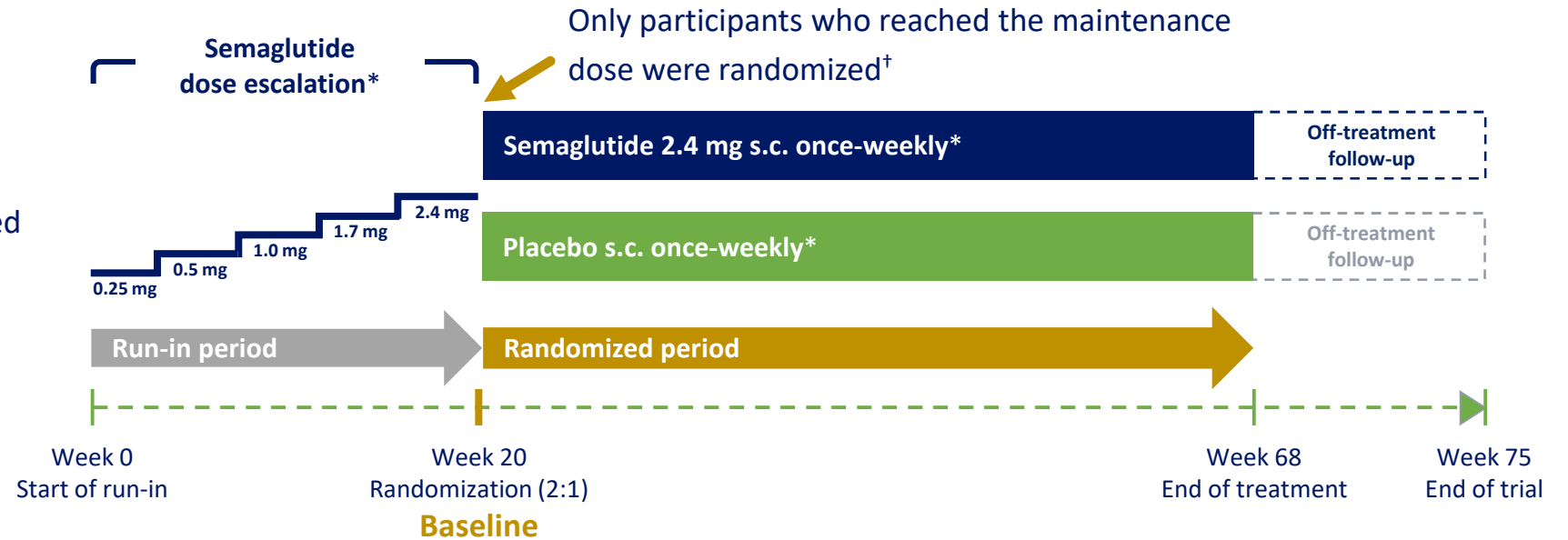
Adapted from Table 2. Primary and Secondary End Points at Week 68

STEP 4 : maintenance with continued semaglutide 2.4 mg

Randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled, withdrawal trial

Adults with overweight or obesity

- Male or female
- ≥ 18 years
- BMI ≥ 27 kg/m² with ≥ 1 weight-related comorbidity, or BMI ≥ 30 kg/m²
- Stable body weight ≥ 90 days
- HbA_{1c} $< 6.5\%$



Trial objectives

Weeks 20–68

- To compare the effect of continued semaglutide treatment vs a switch to placebo on body weight, physical functioning, and CV risk factors
- To compare the safety and tolerability of continued semaglutide treatment vs a switch to placebo

Weeks 0–68

- To evaluate the efficacy and safety of semaglutide

Primary endpoint

- % weight loss (weeks 20–68)

Confirmatory secondary endpoints

Weeks 20–68

- Waist circumference
- Systolic blood pressure
- SF-36 (Physical Functioning)

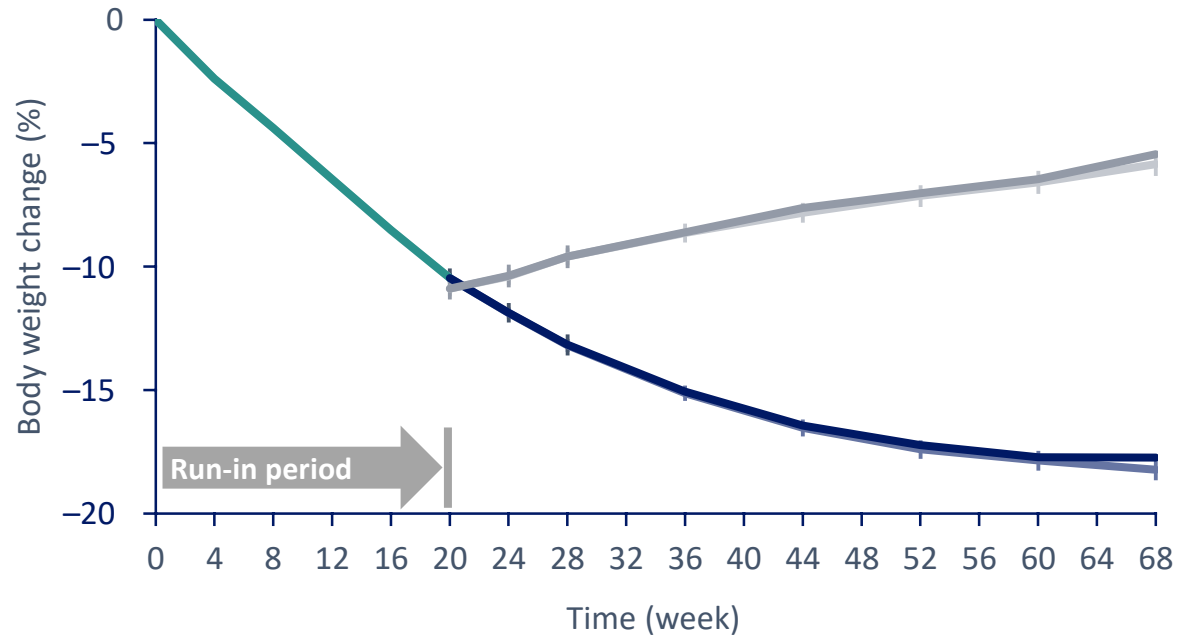
*As an adjunct to lifestyle intervention (counseling, -500 kcal/day diet + 150 min/week physical activity). †Those eligible for randomization at week 20 must have attained the target maintenance dose of semaglutide 2.4 mg once weekly by week 16, and remained on this dose at week 20. BMI, body mass index; CV, cardiovascular; HbA_{1c}, glycated hemoglobin; s.c., subcutaneous; SF-36, SF-36v2® Health Survey, acute version.

Body weight change (%) during the run-in and randomized period

Weeks 0–68

Observed body weight change over time*

(Mean at week 0: 107.2 kg)



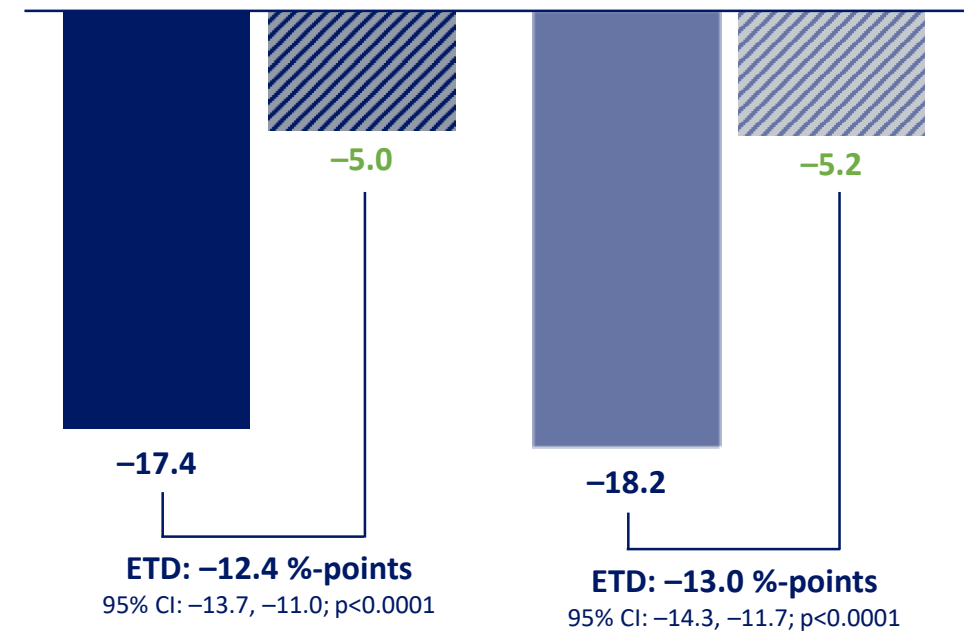
In-trial:
On-treatment:

Semaglutide (run-in) Semaglutide 2.4 mg Placebo

Estimated change from week 0 to week 68

All participants[†]

If treatment adherent[‡]



All participants[†]:

If treatment adherent[‡]:

20 weeks semaglutide +
48 weeks semaglutide 2.4 mg

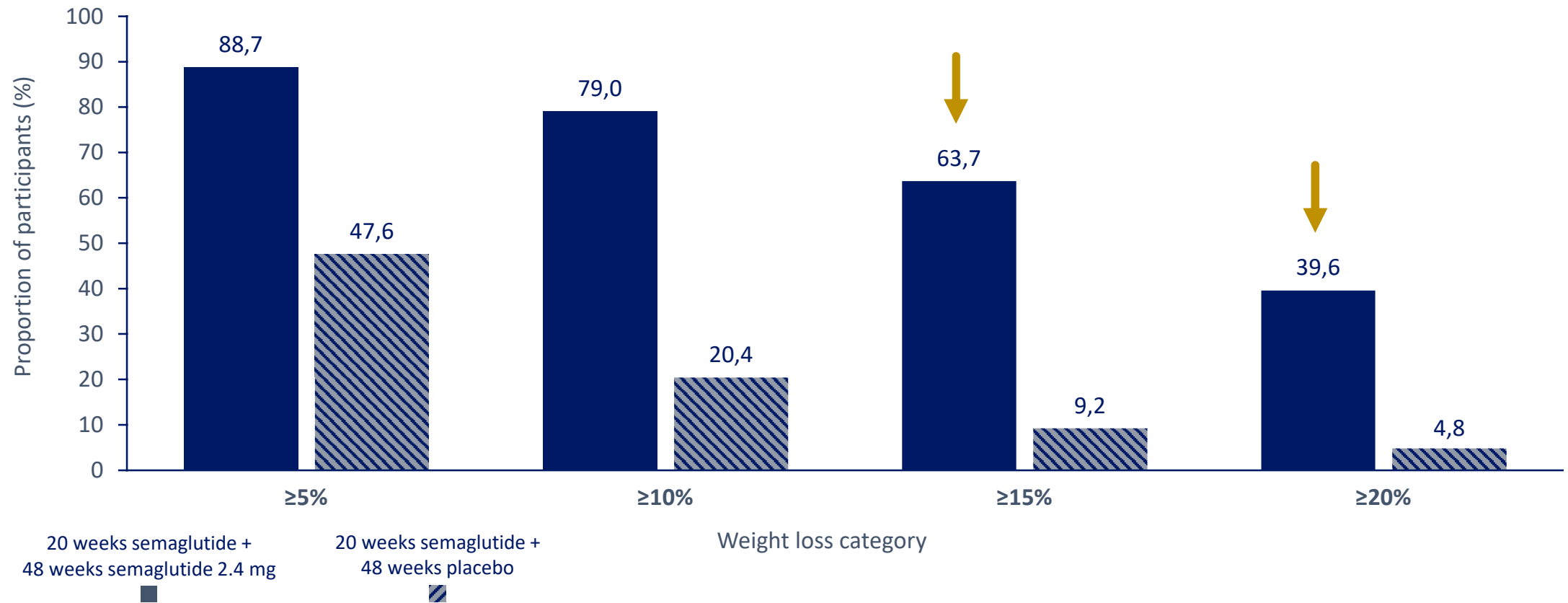
20 weeks semaglutide +
48 weeks placebo

Only randomized participants in the full analysis set contribute to the data.

*Observed data for the in-trial and on-treatment periods. [†]Estimated data for all participants (treatment policy estimand [regardless of treatment adherence]). [‡]Estimated data if participants were treatment adherent (trial product estimand). Error bars are +/- standard error of the mean. CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference.

Categorical body weight loss during the run-in and randomized period

Weeks 0–68



Observed data for the in-trial period. Only randomized participants in the full analysis set contribute to the data.

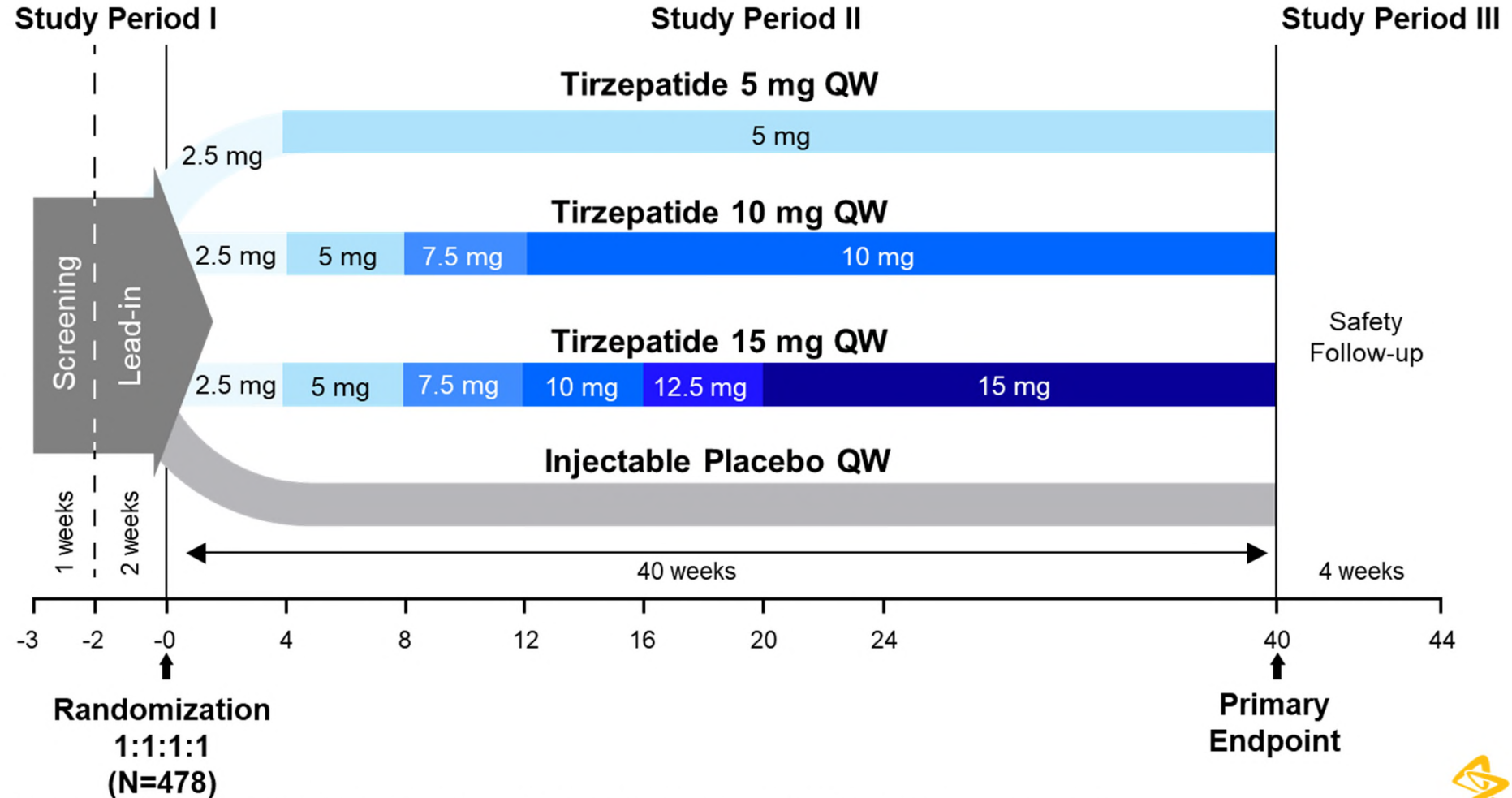
Pharmacothérapie

- Médicaments approuvés au Canada
 - ✓ Liraglutide 3 mg
 - ✓ Orlistat
 - ✓ Naltrexone-Bupropion
 - ✓ Semaglutide 2.4 mg (bientôt approuvé)
- Médicaments hors-indication
 - ✓ Topiramate
 - ✓ Semaglutide 1 mg
 - ✓ Liraglutide 1.8 mg
 - ✓ Tirzepatide (lorsque sera disponible sur le marché)
 - ✓ Metformin
 - ✓ Lixdexamphétamine (ou tout autre psychostimulants)
 - ✓ Naltrexone-Bupropion (séparé)

Surpass 1 - Tirzepatide

Key Inclusion Criteria

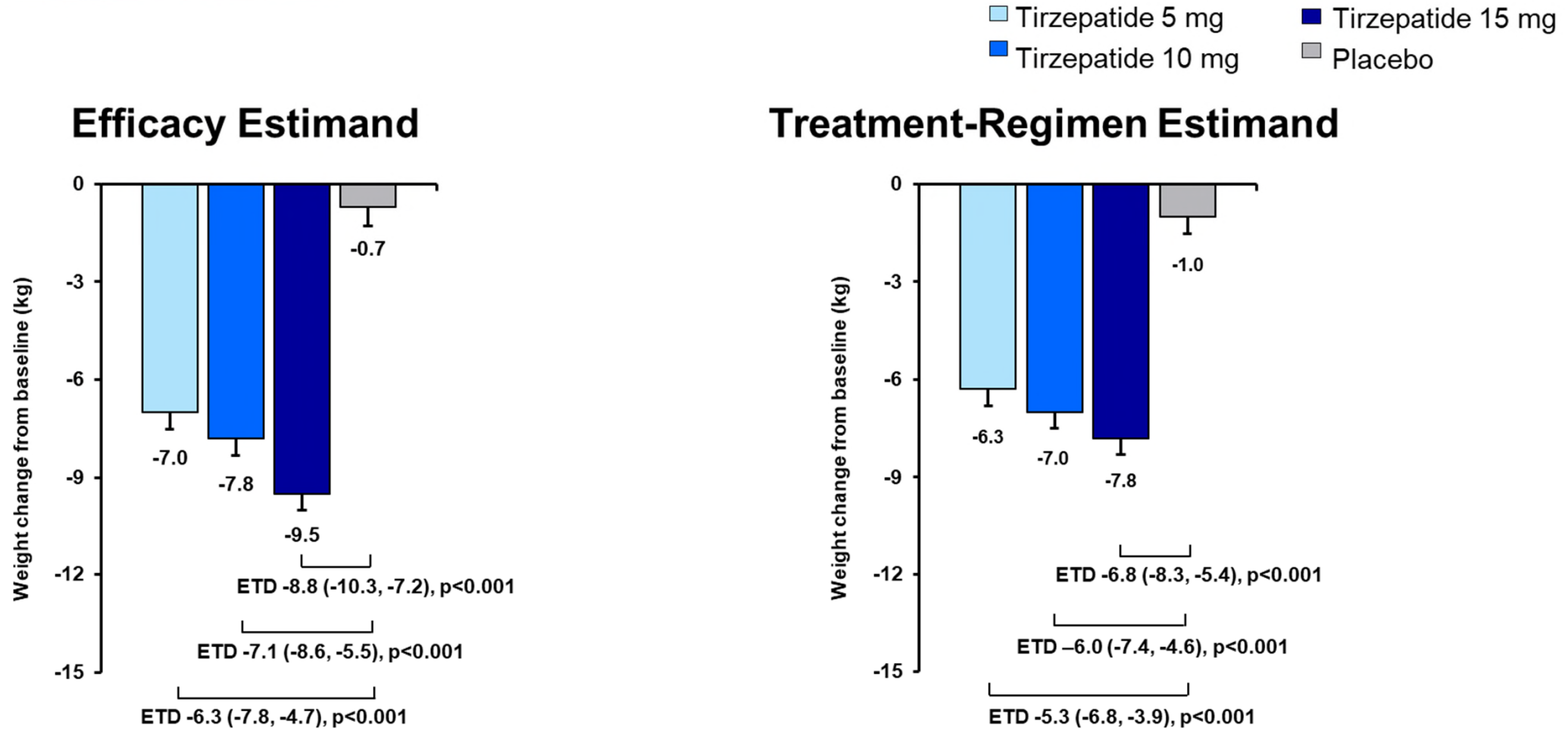
- T2D
- HbA1c $\geq 7.0\%$ to $\leq 9.5\%$
- BMI ≥ 23 kg/m² Stable Weight
- Naïve to T2D Injectable therapy^a
- Have not used any oral antihyperglycemic medication in the 3 months prior to screening



^aExcept for the use of insulin for treatment of gestational diabetes, or short-term use (≤ 14 days) for acute conditions such as acute illness, hospitalization, or elective surgery
HbA1c, Glycated Hemoglobin; T1D, Type 1 diabetes; T2D, Type 2 diabetes; BMI, Body mass index; eGFR, estimated glomerular filtration rate; QW, once weekly
Rosenstock J et al. 2021 [Abstract] ADA - 81st Annual Scientific Sessions.



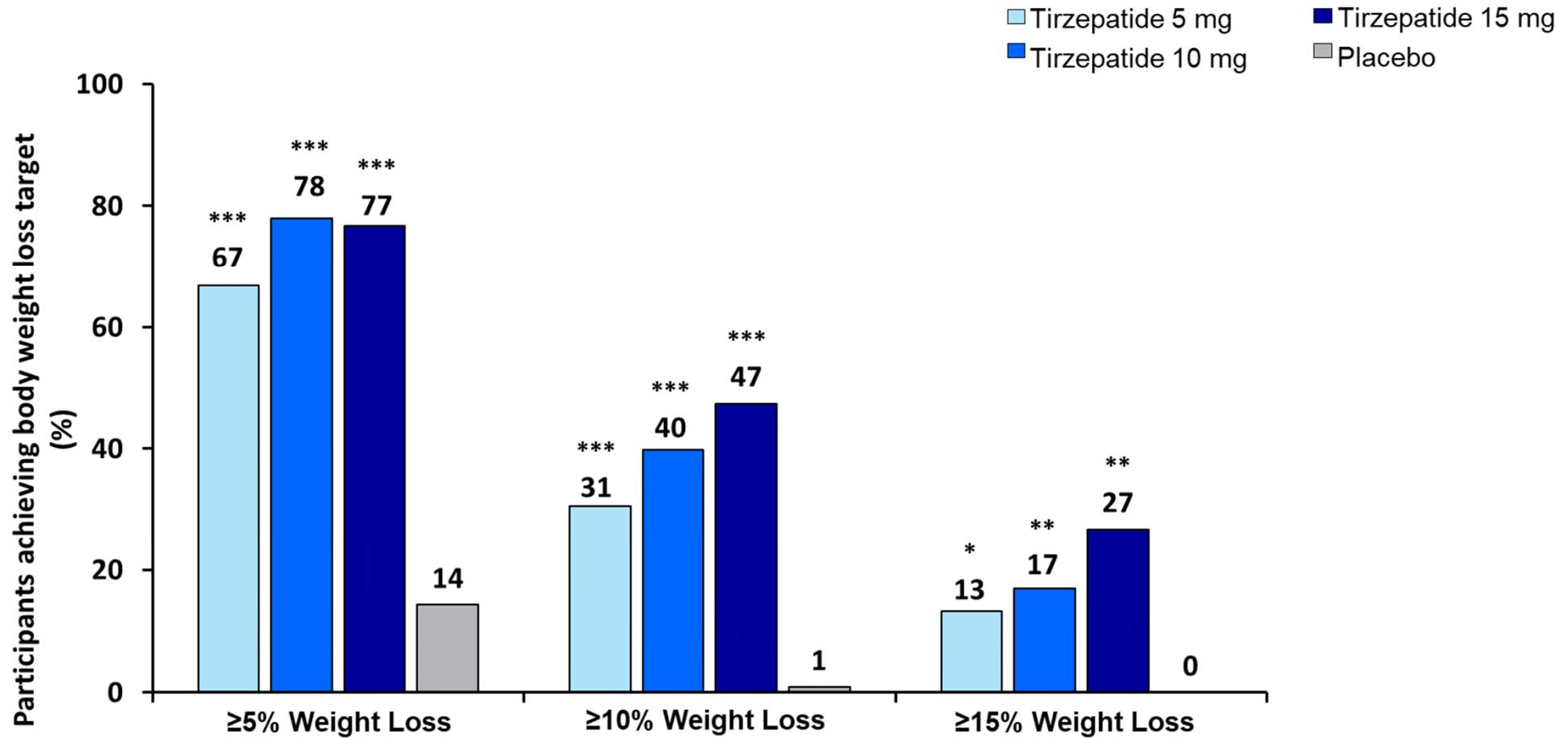
Change from Baseline in Body Weight at 40 Weeks



Data are LSM (SE). Efficacy Estimand: Estimated treatment differences are LSM (95% CI). MMRM analysis, mITT population (efficacy analysis set). Treatment-regimen estimand: ANCOVA analysis, mITT population (full analysis set). ANCOVA=Analysis of Covariance; ETD=Estimated Treatment Difference; LSM=Least Squares Mean; mITT=Modified Intent-to-Treat; MMRM=Mixed Model Repeated Measures; SE=Standard Error



Proportion of Participants Achieving Weight Loss Targets at 40 Weeks



Data are estimated mean; mITT (efficacy analysis set). Logistic regression. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ and *** $p < 0.001$ vs. placebo mITT=Modified Intent-to-Treat

Rosenstock J et al. 2021 [Abstract] ADA - 81st Annual Scientific Sessions.

Phentermine-topiramate

Study	Design	Inclusion Criteria	Treatment	Primary Efficacy Outcome
OB-302 EQUIP ¹² 56 weeks N = 1267	R, DB, PG, MC Phase 3 2:1:1 allocation ratio	Age 18-70 years; BMI ≥ 35 kg/m ² Triglycerides ≤ 200 mg/dL, untreated or no more than 1 lipid-lowering medication BP $\leq 140/90$ mm Hg, untreated or no more than 2 antihypertensive medications Fasting serum glucose level ≤ 110 mg/dL	Placebo (n = 514) PHEN/TPM CR 3.75/23 mg (n = 241) PHEN/TPM CR 15/92 mg (n = 512)	Placebo-subtracted weight loss at 56 weeks (%): 3.75/23 mg = 3.5 15/92 mg = 9.3 Pts. with at least 5% weight loss at 56 weeks (%): 3.75/23 mg = 44.9 15/92 mg = 66.7 Placebo = 17.3
OB-303 CONQUER ¹³ 56 weeks N = 2487	R, DB, PG (3-arm), MC Phase 3 2:1:2 allocation ratio	Age 18-70 years; BMI ≥ 27 (no lower limit for pts. with T2DM), ≤ 45 kg/m ² and ≥ 2 of the following at baseline: hypertension with SBP 140-160 mm Hg (130-160 mm Hg with DM), or DBP 90-100 mm Hg (85-100 mm Hg with DM), or taking ≥ 2 antihypertensive drugs to achieve control BP $< 140/90$ mm Hg Hypertriglyceridemia with TG ≥ 200 mg/dL and ≤ 400 mg/dL or treated with ≥ 2 drugs to achieve TG < 200 mg/dL Metabolic disorders with ≥ 1 of the following: fasting blood glucose level > 100 mg/dL, glucose level > 140 mg/dL at 2-hour OGTT, T2DM managed with lifestyle modifications or metformin monotherapy WC ≥ 102 cm for men or ≥ 88 cm for women	Placebo (n = 994) PHEN/TPM CR 7.5/46 mg (n = 498) PHEN/TPM CR 15/92 mg (n = 995)	Placebo-subtracted weight loss at 56 weeks (%): 7.5/46 mg = 6.6 15/92 mg = 8.6 Pts. with $\geq 5\%$ weight loss at 56 weeks: 7.5/46 mg = 62.1 15/92 mg = 70.0 Placebo = 21.0



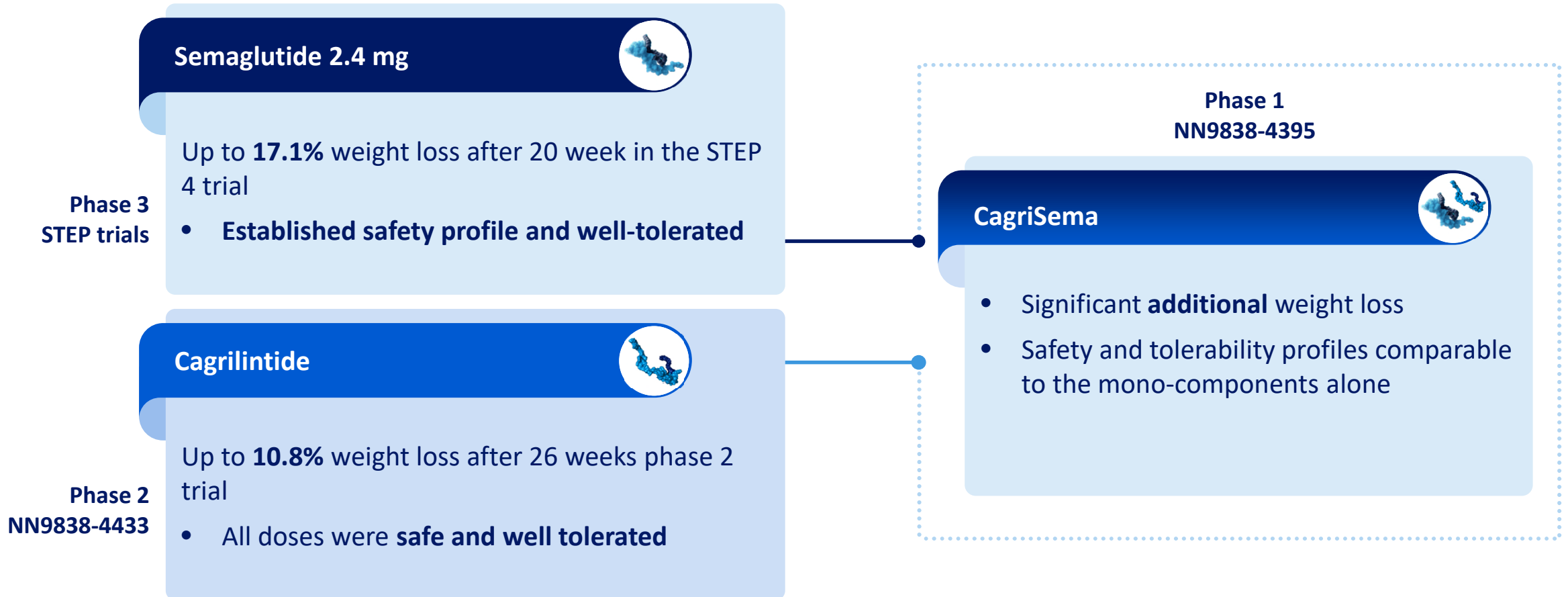
Effets secondaires

Table 4. Adverse Events with a Frequency of 5% or More in Any PHEN/TPM Group

Event	EQUIP ¹²		CONQUER ¹³		SEQUEL ¹⁴	
	PHEN/TPM CR 3.75/23 (n = 240)	PHEN/TPM CR 15/92 (n = 511)	PHEN/TPM CR 7.5/46 (n = 153)	PHEN/TPM CR 15/92 (n = 295)	PHEN/TPM CR 7.5/46 (n = 153)	PHEN/TPM CR 15/92 (n = 295)
General, n (%)						
paresthesia	10 (4.2)	96 (18.8)	21 (13.7)	62 (21.0)	1 (0.7)	10 (3.4)
dry mouth	16 (6.7)	87 (17.0)	21 (13.7)	59 (20.0)	1 (0.7)	4 (1.4)
constipation	19 (7.9)	72 (14.1)	25 (16.3)	62 (21.0)	11 (7.2)	12 (4.1)
upper respiratory tract infection	38 (15.8)	63 (12.3)	23 (15.0)	55 (18.6)	26 (17.0)	45 (15.3)
headache	25 (10.4)	61 (11.9)	8 (5.2)	28 (9.5)	4 (2.6)	12 (4.1)
dysgeusia	3 (1.3)	43 (8.4)	18 (11.8)	39 (13.2)	1 (0.7)	3 (1.0)
Psychiatric, n (%)						
depression	8 (3.3)	24 (4.7)	14 (3)	39 (4)	(3.9)	(8.1)
anxiety	7 (2.9)	19 (3.7)	9 (2)	41 (4)	(6.5)	(9.5)
Cognitive, n (%)						
attention disturbance	1 (0.4)	18 (3.5)	10 (2)	35 (4)		



Nouvelles thérapies; étude phase 3 à venir



Application Bariatrique Québec



Télécharger l'application gratuitement

Critères de référence en médecine bariatrique IUCPQ

Formulaires sur le site internet IUCPQ :

https://iucpq.qc.ca/fr/soins-et-services/axes/obesite/documents-de-reference#Trait_med_ob

OBJECTIF DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'OBÉSITÉ
Prise en charge tertiaire de l'obésité dans le but d'améliorer le contrôle des maladies chroniques existantes et réduire la morbidité associée à l'obésité à l'aide d'une pharmacothérapie, d'une prise en charge multidisciplinaire et/ou de chirurgie bariatrique.
L'usager référé en médecine bariatrique doit : <ul style="list-style-type: none">- Être âgé de 18 à 65 ans;- Être motivé à entamer une prise en charge médicale de son obésité;- Être candidat à la pharmacothérapie en obésité (voir les critères au verso)
Et présenter un des critères ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> IMC supérieur à 35 kg/m² avec au moins une comorbidité ci-dessous :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> HTA réfractaire avec au moins 3 médicaments<input type="checkbox"/> MCAS<input type="checkbox"/> Stéatose / fibrose / cirrhose hépatique<input type="checkbox"/> SAHS<input type="checkbox"/> Arthrite (i.e. PAR, arthrite psoriasique, LED)<input type="checkbox"/> IMC supérieur à 40 kg/m² sans comorbidité<input type="checkbox"/> Usager nécessitant une perte de poids en lien avec une greffe, une chirurgie bariatrique ou une chirurgie de hernie Poids visé : _____<input type="checkbox"/> ATCD de chirurgie bariatrique présentant une reprise de poids d'au moins 15 % du poids total perdu Poids pré-opératoire : _____ Nadir de perte de poids : _____<input type="checkbox"/> ATCD de chirurgie bariatrique ayant obtenu une perte de poids insuffisante (inférieure à 25 % de perte de poids totale)



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION TRAITEMENT MÉDICAL DE L'OBÉSITÉ

Courriel : _____ Régime d'assurance : privé RAMQ

HISTOIRE PSYCHOSOCIALE

Scolarité : _____

Emploi : _____

Veillez cocher ce qui correspond à votre situation :

marié(e) célibataire séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) conjoint(e)

Nombre d'enfant(s) et âge : _____

Veillez cocher ce qui correspond à votre type de domicile :

maison logement condo chambre autre : _____

Avez-vous vécu avec ? _____

Est-ce que gens dans votre famille souffrent d'obésité ? oui non

Est-ce que gens dans votre famille ou dans votre entourage ont déjà subi une chirurgie bariatrique ? oui non

Avez-vous déjà envisagé d'avoir une chirurgie pour traiter votre obésité ? oui non

Source de revenu : au travail aide sociale CNESST rente d'invalidité retraité

Difficulté financière : oui, _____ non

HISTOIRE DE POIDS / RÉGIME

Poids actuel : _____ Taille actuelle : _____

À quelle fréquence vous pesez-vous ? _____

À quel âge votre gain de poids a-t-il débuté ? _____

Est-ce qu'un événement particulier dans votre vie a précipité le gain de poids selon vous ? oui non

Si oui, quel événement ? _____

Quel a été le poids maximal atteint et à quel âge ? _____

Quel a été le poids le plus bas atteint à l'âge adulte (précisez l'âge) ? _____

Est-ce que votre poids est stable ? oui non

Si oui, depuis combien de temps ? _____

Avez-vous déjà fait des tentatives de perte de poids ? oui non

Si oui, qu'avez-vous tenté (nom du régime et perte de poids associée) ? _____

Conclusion

- L'obésité est une maladie chronique
- La prise en charge de cette maladie est tout aussi importante que les autres maladies chroniques
- La psychothérapie, la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique sont des piliers au maintien à long terme de la modification des habitudes de vie
- Les médicaments de nouvelle génération sont de plus en plus efficaces pour la perte de poids

