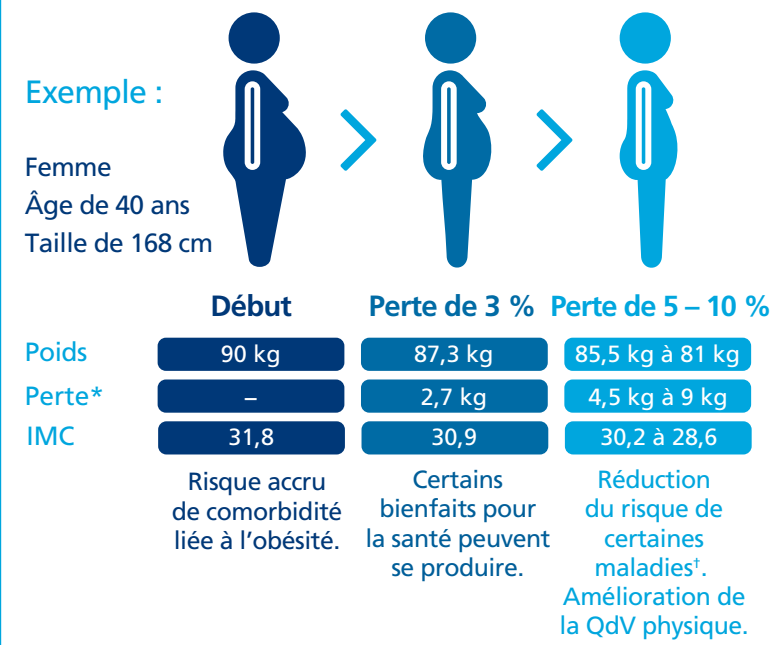


Bienfaits substantiels associés à la perte de poids.

« Le premier but est de STABILISER le poids et de PRÉVENIR la prise de plus de poids. Une perte de poids MODESTE (5–10 %) peut apporter des bienfaits substantiels pour la santé. » — RCO (Réseau canadien en obésité)¹

La perte de poids chez les personnes obèses



Bienfaits possibles d'une perte de poids de 5 – 10 % :

- ↓ **Réduction de 58 %** du risque d'apparition du diabète de type 2¹⁹
- ↑ **Amélioration** du contrôle de la glycémie²⁰
 - Diminution de 0,5 % de l'A1C²¹
 - Diminution de 1,1 mmol/L de la glycémie à jeun²¹
- ↓ **Baisse** de la tension artérielle²⁰
- ↓ **Diminution** du taux de cholestérol²⁰
- ↓ **Réduction de 30 %** des symptômes d'apnée du sommeil¹⁴
 - Réduction de la fréquence d'apnée du sommeil et de la somnolence diurne, et amélioration de la qualité du sommeil²⁰
- ↑ **Amélioration** de la qualité de vie liée à la santé (QdVLS), notamment physique, chez les personnes obèses²²
- ↓ **Atténuation** de l'arthrose, des maux de dos et des douleurs articulaires²⁰
- ↑ **Amélioration** de la fonction pulmonaire et réduction de l'essoufflement²⁰

* Poids perdu depuis le début. † Diabète, maladies cardiovasculaires. Exemple à titre indicatif seulement.

Références :

1. Réseau canadien en obésité. 5As of Obesity Management. En ligne au : www.obesitynetwork.ca. Consulté le 17 novembre 2014.
2. Mechanick J, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' position statement on obesity and obesity medicine. *Endoc Pract.* 2012.
3. Association médicale canadienne. L'AMC reconnaît l'obésité comme une maladie. 2015. En ligne au : <https://www.cma.ca/fr/pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx>. Consulté le 3 mars 2017.
4. Réseau canadien en obésité. Edmonton Obesity Staging System. En ligne au : www.obesitynetwork.ca/de.aspx?id=425. Consulté le 1^{er} décembre 2014.
5. Twells LK, et al. Current and predicted prevalence of obesity in Canada: a trend analysis. *CMAJ Open.* 2014;2(1):E18-E26.
6. Statistique Canada. Tableau 117-0005 – Distribution de la population à domicile d'après l'indice de masse corporelle (IMC) pour adultes – méthode de classification Santé Canada (SC), selon le sexe et le groupe d'âge (hors série), CANSIM (base de données). Consulté le 1^{er} janvier 2018.
7. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet.* 2009;373(9669):1083-1096.
8. Janssen I. The public health burden of obesity in Canada. *Can J Diabetes.* 2013;37(2):90-96.
9. Grover SA, et al. Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study. *Lancet Diabetes & Endocrinol.* 2015;3(2):114-122.
10. Must A, et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA.* 1999;282(16):1523-1529.
11. Freedhoff Y, et al. Best weight: a practical guide to office-based obesity management. Réseau canadien en obésité. 2010.

12. Li C, et al. Prevalence of self-reported clinically diagnosed sleep apnea according to obesity status in men and women: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005–2006. *Prev Med.* 2010;51(1):18-23.
13. Lau DC, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *CMAJ.* 2007;176(8):1-117.
14. Peppard PE, et al. Longitudinal study of moderate weight change and sleep-disordered breathing. *JAMA.* 2000;284(23):3015-3021.
15. Agence de la santé publique du Canada. Points saillants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2009 – Réponse rapide sur l'apnée du sommeil. Ottawa; 2009.
16. Anis AH, et al. Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obes Rev.* 2010;11(1):31-40.
17. Colditz GA. Economic costs of obesity. *Am J Clin Nutr.* 1992;55(2):503S-507S.
18. Bustillos AS, et al. Work productivity among adults with varied Body Mass Index: Results from a Canadian population-based survey. *JEGH.* 2015;5(2):191-199.
19. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002;2002(346):393-403.
20. Organisation mondiale de la santé. Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale. Rapport d'une consultation de l'OMS. *Série de rapports techniques de l'OMS.* 2000;894:1-253.
21. Wing RR, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2011;34(7):1481-1486.
22. Warkentin L, et al. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 2014;15(3):169-182.

Le poids de l'obésité au Canada.

L'obésité : une maladie chronique.

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

– RCO (Réseau canadien en obésité)¹

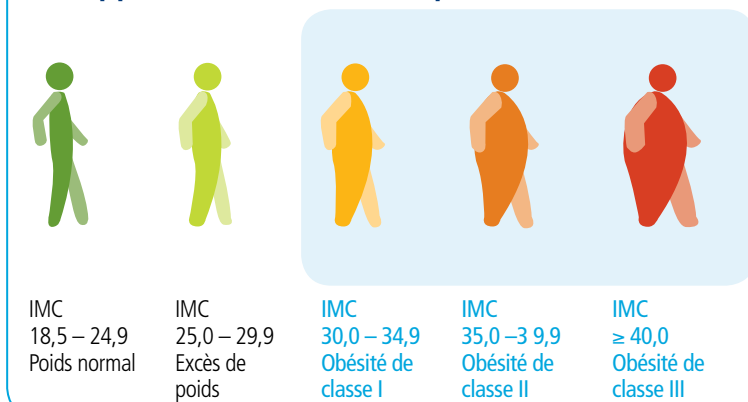
« [L'obésité] doit être considérée comme étant un trouble chronique qui nécessite essentiellement des soins perpétuels, du soutien et un suivi. »

– AACE (American Association of Clinical Endocrinologists)²

« Il importe que les fournisseurs de soins reconnaissent l'obésité comme une maladie afin que des mesures de prévention soient mises en place... »

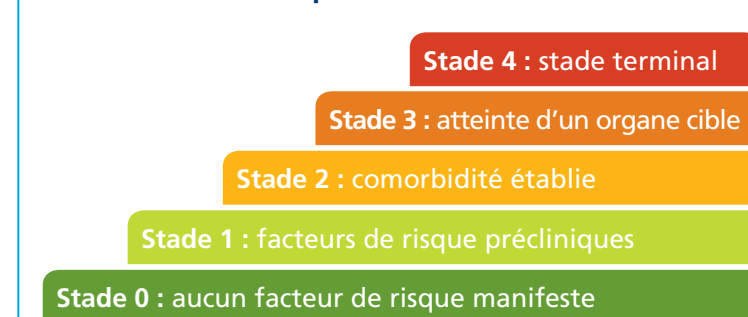
– AMC (Association médicale canadienne)³

L'obésité de classe I – III dépend de l'IMC, une mesure du rapport entre la taille et le poids¹.



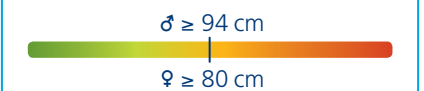
Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / [taille (m)²]

Le stade EOSS (Edmonton Obesity Staging System) de l'obésité dépend des répercussions médicales, mentales et fonctionnelles de l'obésité et reflète l'état de santé de la personne¹.

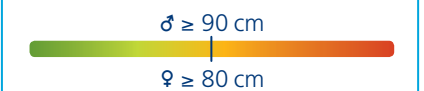


Le tour de taille donne plus d'information sur le risque cardiométabolique¹.

Seuil de risque du tour de taille :
Européides :



Asiatiques ou latino-américains :



L'IMC est une mesure de la grosseur d'une personne. Le système EOSS aide les cliniciens à évaluer l'obésité en fonction de critères simples obtenus par l'anamnèse, l'examen physique et les tests diagnostiques habituels, afin de déterminer l'état de santé de la personne⁴.

La prévalence de l'obésité est élevée au Canada.

3x

Trois fois plus de cas autodéclarés depuis 1985⁵



1 adulte sur 4 était obèse au Canada en 2013⁶



1 adulte sur 9 avait une obésité de classe II ou III (IMC ≥ 35 kg/m²) au Canada en 2013⁶

Le poids de l'obésité pour la population canadienne.

L'obésité est une maladie multifactorielle complexe, aux répercussions personnelles considérables.

L'espérance de vie diminue à mesure que l'IMC augmente

Comparativement à l'excès de poids, l'obésité de classe I est associée à une augmentation de⁷ :

60 – 120 %
de la mortalité diabétique, rénale et hépatique

40 %
de la mortalité vasculaire

20 %
de la mortalité respiratoire

10 648

DÉCÈS PRÉMATURÉS

seraient survenus au Canada en 2011 directement à cause de l'obésité⁸.



Comparativement à une femme de 20 – 39 ans ayant un IMC normal (< 25 kg/m²), l'espérance de vie prévue est⁹ :

réduite de 5,6 ans
par l'obésité de classe I (IMC de 30 à 35 kg/m²)

réduite de 6,1 ans
par l'obésité de classe II – III (IMC ≥ 35 kg/m²)



Comparativement à un homme de 20 – 39 ans ayant un IMC normal (< 25 kg/m²), l'espérance de vie prévue est⁹ :

réduite de 5,9 ans
par l'obésité de classe I (IMC de 30 à 35 kg/m²)

réduite de 8,4 ans
par l'obésité de classe II – III (IMC ≥ 35 kg/m²)

Adaptation de Grover SA, et al. Estimation of the years of life lost for people with class I, II, or III obesity compared to a normal BMI (18.5–25 kg/m²) based on a disease-simulation model. Les données se fondent sur les facteurs de risque cardiométabolique chez les adultes aux États-Unis provenant de l'enquête nationale sur l'examen de la santé et de la nutrition (études NHANES) des années 2003 à 2010.



Des études ont démontré diverses conséquences pour la santé de l'obésité de classe II^{10–12} :

A 5 – 8 fois
plus de cas de diabète de type 2¹⁰

B 2 fois
plus de cas d'hypertension¹⁰

C 2 – 3 fois
plus de cas de maladie coronarienne¹⁰

D 1,3 fois
plus de cas de dyslipidémie¹⁰

E 5 fois
plus de risque de dépression majeure¹¹

F > 17 fois
plus de cas d'apnée du sommeil¹²

G 2 – 3 fois
plus de cas d'arthrose¹⁰

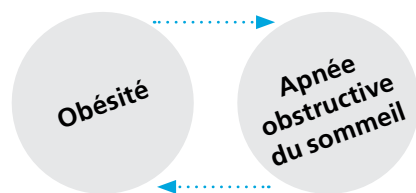
De multiples maladies chroniques sont associées à l'obésité¹³.

Le saviez-vous?

Le cycle de l'obésité : un lien réciproque entre l'apnée obstructive du sommeil et l'obésité¹⁴

10 % d'augmentation du poids corporel

6 fois plus de risque de survenue d'apnée obstructive du sommeil



L'apnée obstructive du sommeil peut prédisposer à une aggravation de l'obésité en raison de :

- manque de sommeil
- somnolence diurne
- perturbations métaboliques

Au Canada, les personnes faisant de l'apnée obstructive du sommeil risquent plus d'avoir le diabète, l'hypertension, une maladie cardiaque et un trouble de l'humeur¹⁵.

L'obésité et ses complications sont un fardeau considérable pour les personnes obèses, leurs familles et leurs soignants.

Le poids économique de l'obésité au Canada.

Les maladies associées à l'obésité ont un coût économique substantiel.

AU CANADA, LE FARDEAU ÉCONOMIQUE ANNUEL DE L'OBÉSITÉ ÉTAIT DE

7,1 milliards en 2006^{8,16}.

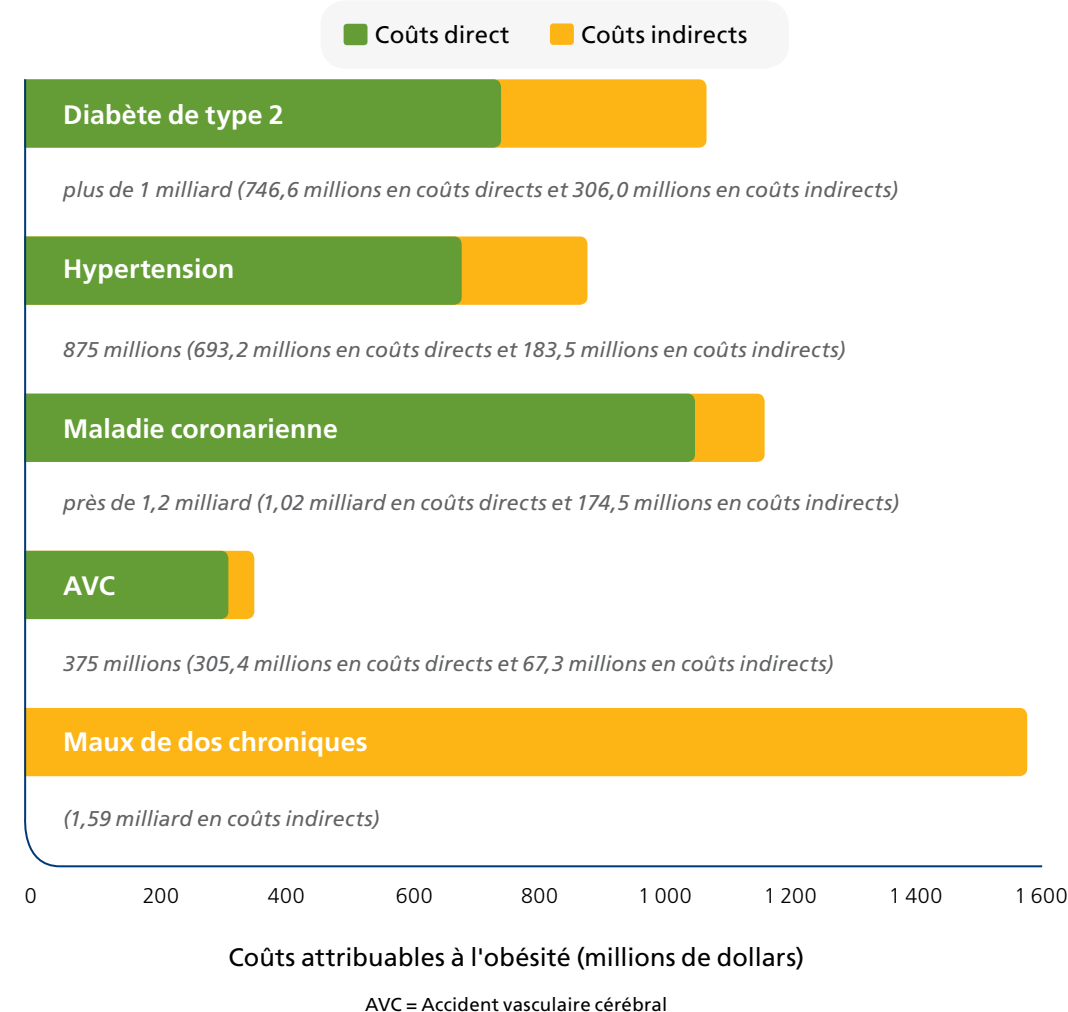
3,9 milliards
EN COÛTS DIRECTS

pour le système de soins de santé
(p. ex. hospitalisations, médicaments, consultations médicales et visites à l'urgence)

3,2 milliards
EN COÛTS INDIRECTS

(p. ex. coûts liés à l'invalidité et à la perte de productivité due à une maladie ou un décès prématuré)

L'obésité est aussi responsable des coûts élevés associés aux affections comorbides¹⁶



Les journées d'absence au travail (absentéisme) et de travail à une capacité réduite (présentéisme) étaient plus fréquentes chez les personnes obèses, ce qui représentait un coût pour les employés (perte de revenus) et pour les employeurs (travail non terminé)^{17,18}

