

Quelle est l'efficacité des interventions comportementales visant le contrôle du poids chez les adultes en première ligne ?

Référence

Madigan CD, Graham HE, Sturgiss E, et al. Effectiveness of weight management interventions for adults delivered in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022;377:e069719. DOI: 10.1136/bmj-2021-069719

Analyse de

Veerle Piessens, huisarts, onderzoeker en praktijkassistent UGent
Pas de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez les adultes ayant un BMI ≥ 25 , quelle est, en termes de diminution du poids après 12 mois, l'efficacité des interventions comportementales visant le contrôle du poids qui sont proposées en première ligne, comparées à l'absence d'intervention, à une intervention minimale ou à un groupe témoin avec attention ?

Contexte

En Belgique, près d'une personne sur deux (49,3%) est en surcharge pondérale, et 15,9% souffrent d'obésité (1). Le surpoids et l'obésité sont associés à divers problèmes affectant la santé et le bien-être : maux de dos (2), douleurs articulaires (3), stigmatisation de l'obésité (4) et risque accru de diabète, de cancer et de maladies cardiovasculaires (5). Minerva, déjà en 2010, a publié un commentaire sur les avantages et les inconvénients des interventions comportementales visant le contrôle du poids chez les enfants et les adolescents en surpoids ou obèses. Les interventions comportementales d'intensité modérée à élevée entraînaient une diminution du BMI (6,7). Un commentaire publié en 2015 a traité des interventions relatives au mode de vie pour la prévention du diabète de type 2 chez des adultes ayant un BMI compris entre 25 et 37. Ces interventions aussi avaient un effet positif en termes de perte de poids (8,9). Plus récemment, une méta-analyse d'études randomisées contrôlées (RCT) a montré que des interventions relatives au mode de vie visant une diminution du poids pouvaient entraîner une diminution du poids, mais la perte de poids n'a atteint la valeur cliniquement significative prédéterminée, à savoir 5%, que chez seulement une minorité des participants, et l'effet a diminué après un certain temps (10). Cependant, de nombreuses études ont été menées dans un cadre de recherche spécifique, comme des centres universitaires, ou dans le cadre de programmes commerciaux de perte de poids (type Weight Watchers), ce qui limite leur déploiement extensif, notamment à cause des limites en termes de capacité, de disponibilité, de distance ou de prix. Comme les problèmes de poids sont de plus en plus fréquents, une offre accessible susceptible d'être mise en œuvre largement dans une prise en charge régulière de première ligne apporterait une plus-value notable.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse (11).

Sources consultées

- une revue systématique réalisée précédemment (12)
- le registre central Cochrane des essais contrôlés (*Cochrane central register of controlled trials*), Medline, Pubmed et PsycInfo ; du 1^{er} janvier 2018 au 19 août 2021
- listes des références de précédentes revues (13-18) et des études incluses.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : études randomisées contrôlées examinant quel effet les interventions comportementales visant le contrôle du poids en première ligne ont sur la perte de poids après 12 mois, comparées à l'absence de traitement, à un groupe témoin avec attention (format et intensité similaires à ceux de l'intervention) ou à une intervention minimale ; différentes formes d'intervention comportementale étaient possibles (en face à face, par téléphone, avec matériel imprimé, avec support technologique, individuellement ou en groupe), et elles pouvaient être réalisées par divers prestataires de soins (tels que médecins, infirmier/ères, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, nutritionnistes, coachs de santé) à condition qu'ils travaillent au niveau de la première ligne et que l'intervention soit également proposée dans ce cadre
- critères d'exclusion en lien avec :
 - le but de l'étude : prévention primaire du surpoids ou de l'obésité, traitement des maladies cardiovasculaires ou du cancer
 - la population étudiée : absence de mesure en rapport avec le poids (BMI, tour de taille ou poids) comme critère de sélection ; existence d'une maladie chronique ne permettant pas d'extrapoler à la population de première ligne (comme un trouble de l'alimentation, un cancer, une maladie rénale chronique, un trouble mental grave, un trouble cognitif) ; les parents (lorsque l'intervention visait un changement de comportement chez leur enfant) ; les femmes enceintes
 - le groupe intervention : traitements complémentaires et alternatifs, traitements chirurgicaux et médicamenteux ; suppléments nutritionnels pour perdre du poids
- finalement, inclusion de 34 RCTs, dont 9 avec randomisation par grappe, menées en première ligne, 50 à 864 participants par étude ; la plupart des études ont été menées aux États-Unis (N = 14), au Royaume-Uni (N = 7) ou en Espagne (N = 3).

Population étudiée

- 11920 adultes ayant plus de 18 ans (âge moyen : 48 ans (ET 9,7 ans)) et ayant un BMI ≥ 25 (BMI moyen : 35,2 (ET 4,2) kg/m²) ; n'ayant pas perdu de poids au cours des six derniers mois et ne prenant pas de médicaments susceptibles d'influencer le poids corporel.

Mesure des résultats

- principal critère de jugement : modification du poids après 12 mois
- critères de jugement secondaires : modification du poids après 24 mois ; modification du poids à la fin du suivi ; modification du tour de taille après 12 mois
- méta-analyse à effets aléatoires avec résultats exprimés sous forme de différences moyennes
- analyses de sous-groupes selon le type de prestataire (ayant une formation médicale (médecin généraliste, infirmier/ère, diététicien(ne)) contre sans formation médicale (par exemple coach de santé)), l'intensité (< 12 séances contre ≥ 12 séances) et le risque de biais de l'étude (faible, indéterminé, élevé).

Résultats

- principal critère de jugement : après 12 mois, perte de poids plus importante, et ce de manière statistiquement significative, dans le groupe intervention (-3,7 kg (ET 6,1 kg)) que dans le groupe témoin (-1,4 kg (ET 5,5 kg)) ; différence absolue de -2,3 kg avec IC à 95% de -3,0 à -1,6 kg ; $p < 0,001$; $I^2 = 81\%$) en faveur du groupe intervention
- critères de jugement secondaires :
 - après 24 mois, perte de poids plus importante, et ce de manière statistiquement significative, dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (-1,8 kg avec IC à 95% de -2,8 à -0,8 kg ; $p < 0,001$; $I^2 = 88\%$)
 - après 12 mois, diminution du tour de taille plus importante, et ce de manière statistiquement significative, dans le groupe intervention que dans le groupe témoin (-2,5 cm avec IC à 95% de -3,2 à -1,8 cm ; $p < 0,001$; $I^2 = 69\%$)
- analyses de sous-groupes :

- pas de différence en termes d'effet, entre les interventions proposées par les médecins généralistes (-1,11 kg avec IC à 95% de -1,87 à -0,34, N = 4, n = 788) et celles proposées par du personnel non médical comme des coachs de santé (-2,00 kg avec IC à 95% de -2,93 à -1,06, N = 8, n = 3039) ; pas de perte de poids statistiquement significative avec les interventions proposées par des infirmier/ères (-0,46 kg avec IC à 95% de -1,17 à 0,26, N = 5, n = 1004)
- les programmes comportant au moins 12 séances ont entraîné une perte de poids plus importante, et ce de manière statistiquement significative (-2,36 kg avec IC à 95% de -3,04 à -1,68, N = 23, n = 6723) que les programmes comportant moins de 12 séances (-0,65 kg avec IC à 95% de -1,23 à -0,08, N = 11, n = 2215)
- aucune différence statistiquement significative dans les résultats en fonction du risque de biais des études.

Conclusion des auteurs

Les interventions comportementales visant le contrôle du poids destinées aux adultes obèses en première ligne sont efficaces pour perdre du poids et pourraient être proposées au grand public.

Financement de l'étude

National Institute for Health and Care Research.

Conflits d'intérêt des auteurs

Les auteurs ont mentionné qu'il n'y avait pas de conflits d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

La qualité méthodologique de cette revue systématique avec méta-analyse est modérée selon les critères AMSTAR-2. Les lacunes méthodologiques les plus importantes concernent la stratégie de recherche et la déclaration des études exclues. Premièrement, les auteurs ont effectué une recherche dans trois bases de données, à savoir le registre central Cochrane des essais contrôlés, Medline (tant via Ovid que via Pubmed) et Psycinfo, mais les annexes ne mentionnent que la stratégie de recherche pour Medline (via Ovid). Le protocole, qui a bien été enregistré dans PROSPERO (CRD42021275529), ne mentionne pas non plus la stratégie de recherche pour les autres bases de données. Dans les résultats, les auteurs n'indiquent pas le nombre de titres qu'ils ont trouvés dans les différentes bases de données. Par ailleurs, ils ne donnent aucune information sur d'éventuelles restrictions quant à la langue de publication. Deuxièmement, les auteurs ne donnent pas un aperçu des études exclues ni des raisons de l'exclusion. De plus, dans le protocole sur PROSPERO (CRD42021275529) nous voyons également l'anxiété, la dépression et la qualité de vie répertoriées comme mesures de résultats secondaires, alors qu'elles ne sont pas incluses dans les résultats finaux (parce que trois études seulement disposaient de données à ce sujet). Le risque de biais des différentes études incluses a été évalué à l'aide de l'outil Cochrane révisé évaluant le risque de biais. Le risque de biais était faible dans 9 études, élevé dans 13 études et indéterminé dans 12 études. Une analyse de sous-groupe basée sur le risque de biais n'a toutefois pas pu montrer de différence dans les résultats. Une hétérogénéité statistique importante a également été observée entre les études ($I^2 = 88\%$), ce qui rend le résultat du critère de jugement principal moins certain. Troisièmement, les auteurs ont inclus deux RCTs (n = 285 et n = 147) dans lesquelles l'intervention consistait également en substituts de repas (850 kcal/jour) que les participants ont reçus pendant 3 à 5 mois. La pertinence de l'inclusion de ces études dépend de ce que l'on entend par « intervention sur le mode de vie ». Dans ces deux études, la perte de poids moyenne (8 à 9 kg) était plus importante que dans les autres études. La méta-analyse a accordé à ces études la même pondération qu'aux autres études, et les auteurs n'ont pas effectué d'analyse de sensibilité pour savoir dans quelle mesure les valeurs aberrantes exerçaient une influence sur le résultat global.

Évaluation des résultats

Les résultats de cette revue systématique sont conformes aux précédentes méta-analyses sur l'effet des interventions comportementales, notamment la conclusion selon laquelle l'intervention doit être intensive, avec un nombre élevé de contacts pour obtenir l'effet souhaité (10,12). Les auteurs de l'étude discutée indiquent dans les résultats que les programmes avec plus de 20% d'abandons ont eu moins d'effet global, mais ils ne rapportent pas de chiffres individuels sur le taux d'abandons dans les études incluses. En outre, les auteurs rapportent uniquement la différence moyenne de changement de poids et non le pourcentage que représente la perte de poids. Il est donc difficile d'évaluer la pertinence clinique de la différence. Duodecim fixe une perte de poids de 5 à 10% comme objectif pertinent (19). Il aurait donc été plus intéressant de voir combien de participants atteignaient une perte de poids cliniquement pertinente prédéterminée (par ex. 5%). Un certain nombre de facteurs ont une influence sur la possibilité d'extrapoler les résultats. Par exemple, les troubles du comportement alimentaire sont mentionnés comme critère d'exclusion, alors que l'obésité peut être associée à des troubles du comportement alimentaire tels que l'hyperphagie boulimique et la boulimie mentale (20). De plus, il existe une importante hétérogénéité entre les interventions incluses. Il s'agit d'une autosurveillance du poids (en ligne) en combinaison avec des visites chez un médecin généraliste, un(e) diététicien(ne), un(e) infirmier/ère ou autre, ainsi que de séances individuelles ou en groupe à intervalles réguliers, d'applications téléphoniques, d'auto-assistance en ligne, d'inscription en ligne, d'une brochure de 10 conseils en combinaison avec une consultation ponctuelle. Les interventions présentaient donc de grandes différences en termes de format, de contenu, de suivi, d'intensité et de support et/ou de prestataire. En ce qui concerne l'intensité (nombre de moments de contact) et la personne qui proposait l'intervention, des analyses de sous-groupes ont été prévues comme décrit ci-dessus. Une analyse de sensibilité excluant deux études portant sur des substituts de repas hypocaloriques aurait été utile. Enfin, nous devons également mentionner que l'épidémie d'obésité doit être abordée comme un problème sociétal complexe et non comme un simple problème linéaire axé principalement sur un changement de comportement individuel. Il semble qu'il y ait aujourd'hui de nombreux obstacles et résistances à la mise en pratique d'une approche sociétale (21,22).

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le guide Duodecim (2019) « Traitement de l'obésité », disponible sur Ebpracticenet (19,20), préconise des conseils sur le mode de vie comme base de toute approche contre l'obésité. L'accent est mis principalement sur la réalisation d'un changement de comportement durable, avec une alimentation saine et adaptée aux besoins, suffisamment d'exercices et une attitude de manger de manière consciente. Eetexpert.be recommande de mettre l'accent sur un mode de vie sain plutôt que sur le poids dans les parcours de soins et les feuilles de route. Ce faisant, ils accordent également beaucoup d'attention à l'importance du bien-être émotionnel (23).

Conclusion de Minerva

Cette revue systématique avec méta-analyse de RCTs montre que les interventions relatives au mode de vie qui sont proposées dans la pratique de première ligne peuvent conduire à une perte de poids à un an, limitée mais statistiquement significative. L'intervention doit être intensive, avec au moins 12 contacts, et les patients doivent être motivés pour effectivement suivre le programme. L'effet diminue avec le temps, mais reste statistiquement significatif pendant deux ans. Cette synthèse méthodique est de qualité modérée ; ses résultats sont similaires à ceux des précédentes méta-analyses portant sur cette question.

Références voir site web