

Projet de Pratique Efficace en Santé Publique

Rapport sommaire



Ce rapport sommaire consigne le travail effectué par les auteurs d'un examen systématique. Vous trouverez plus bas les références pour l'ensemble de l'examen. Ce sommaire vise à fournir une vue d'ensemble des conclusions et des répercussions de l'ensemble de l'étude. Pour en savoir plus sur les études individuelles traitées dans cet examen, consultez l'examen lui-même.

Références : Thomas, B.H., Fitzpatrick-Lewis, D., Rideout, L., et Muresan, J. (2008). Quelle est l'efficacité des interventions communautaires ou de soins primaires dans la réduction de l'obésité chez les adultes de l'ensemble de la population? *Projet de pratique efficace en santé publique*, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

Question : Le nombre de Canadiens souffrant de surcharge pondérale ou d'obésité a augmenté au cours des dernières années. En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Nutrition (ESCC) (Santé Canada, 2007) prévoyait, pour la première fois, une mesure directe de la taille et du poids d'un sous-échantillon de répondants. Cette mesure contraste avec les études passées qui s'appuyaient sur des déclarations faites par les répondants eux-mêmes, ce qui signifie une sous-estimation de la prévalence de l'obésité (Bélanger-Ducharme et Tremblay, 2007; Colman, 2001; Starky, 2005). L'ESCC de 2004 indique que l'IMC de 23,1 % des Canadiens de 18 ans et moins est égal ou supérieur à 30, ce qui signifie qu'ils sont obèses. On estime donc à 5,5 millions le nombre d'adultes obèses dans la société canadienne. Il faut ajouter à ce chiffre les 8,6 millions de Canadiens (36,1 %) en surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9). Conformément à l'article sur la Prévention des maladies chroniques des Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé, 1997), les services de santé publique sont tenus de soutenir les stratégies communautaires visant à réduire la prévalence des facteurs de risque des maladies chroniques d'ici 2010. L'un des résultats consiste explicitement à obtenir pour les Ontariennes et Ontariens un IMC situé entre 20 et 27 kg/m².

Sommaire du contenu de l'examen : Pour être retenues, les études devaient répondre aux six critères suivants. L'étude primaire avait pour objet une intervention concernant les pratiques en santé publique ou en soins primaires. Les programmes de mise en place d'interventions pharmaceutiques (notamment des remèdes à base de plantes médicinales) ou chirurgicales, de régimes hypocaloriques sévères (< 1000 calories par jour), de suppléments ou substituts de repas n'ont PAS été considérés valables. L'intervention a eu lieu dans un pays aux pratiques et aux normes semblables à celles du Canada. Les études concernaient une intervention visant le changement de comportement, les programmes de maintien du poids n'ont donc PAS été retenus et les interventions devaient avoir été effectuées dans un établissement communautaire, y compris des centres de perte de poids ou des établissements de soins primaires. La population cible était des adultes (à partir de 18 ans) en surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9) ou obèses (IMC \geq 30), sans facteurs de comorbidité (p. ex. maladie cardiovasculaire accompagnée d'une médication, diabète de type II, arthrite, cancer en traitement actif, grossesse, allaitement et

problèmes psychiatriques traités par médicaments sur ordonnance). Les résultats comprenaient le poids, l'IMC ou d'autres mesures relatives au poids. Les études devaient inclure un groupe témoin (essai clinique aléatoire, cohorte ou groupe prospectif avant/après choix du modèle).

Les études ne répondant pas au premier critère ont été exclues de cet examen car, en nécessitant la supervision d'un médecin ou d'un diététiste, elles sortaient du cadre de la santé publique. L'exclusion de populations souffrant de certains problèmes médicaux (critère 4) a été rendue nécessaire pour veiller à ce que ces problèmes ne constituent pas un obstacle à la perte de poids de certains participants à l'étude. Deux analystes ont, chacun de leur côté, noté la pertinence de tous les articles retenus. Les études faisant l'objet d'évaluations contradictoires ont été examinées par une tierce-partie. Les études axées sur les caractéristiques structurelles et communautaires de certains quartiers ou certaines collectivités ont été exclues de cet examen.

Remarques sur la méthode employée pour cet examen : Huit bases de données couvrant la période allant de 1990 à 2007 ont été interrogées pour trouver des études primaires pertinentes. Des journaux approuvés par des collègues et publiés entre janvier et septembre 2007 ont été compilés manuellement. Des listes de références de tous les articles recherchés ont été dressées pour les études valables. La validité et la qualité méthodologique des études primaires ont été évaluées à l'aide de méthodes normalisées. Deux analystes ont noté les articles chacun de leur côté. Les différences ont été discutées et résolues. Des données ont été extraites des études dont la méthodologie était efficace (n = 23) grâce à une méthode normalisée. Un compte-rendu a été présenté.

Les éléments de preuves et les répercussions pour les pratiques et la politique

Les éléments de preuves NE SONT PAS pondérés ou classés en fonction de leur importance.

Éléments de preuve	Répercussions
De nombreuses études primaires présentaient des problèmes de méthodologie.	Les problèmes de méthodologie remettent en question la fiabilité et la validité des résultats.
La sélection est biaisée par les pratiques de recrutement.	Dans de vastes initiatives communautaires, il est possible de compenser le biais de sélection en mettant simultanément en place plusieurs stratégies de recrutement.
Il y avait des échantillons de petite taille, un manque de calcul de la taille des échantillons et un manque d'analyse « en intention de traiter ».	Le calcul de la taille des échantillons et les analyses « en intention de traiter » sont primordiaux pour interpréter les résultats, particulièrement si l'on tient compte des taux apparemment élevés d'abandon.
Il y avait un grand nombre d'abandons.	La compréhension des obstacles à la réalisation des programmes peut apporter des éclaircissements aux taux d'abandon et expliquer les résistances à une alimentation saine et à l'activité physique.
Mauvaise consignation des variables confusionnelles.	Il convient de porter attention à la consignation des variables confusionnelles susceptibles de révéler certains des déterminants sociaux de la santé qui influencent l'obésité.
Les organismes de financement devraient exiger la rigueur méthodologique des recherches qu'ils financent.	
Les pratiques prometteuses : il existe certaines pratiques prometteuses concernant des programmes culturellement significatifs. L'un des programmes qui fonctionnent intègre des animateurs non professionnels en fonction de la communauté culturelle des participants. Certains programmes Internet affichent des résultats prometteurs.	Ces programmes doivent être explorés, et l'accent doit être mis sur l'élaboration et l'évaluation dans un contexte canadien. L'utilisation de diverses formes de soutiens sociaux doit être intégrée aux programmes de perte de poids. Les programmes fructueux doivent faire l'objet d'un suivi à long terme pour déterminer leurs effets dans le temps. Les chercheurs doivent essayer de rassembler des données valables à long terme concernant les finissants et les décrocheurs.
Au mieux, les résultats des interventions individuelles sont modestes.	Des interventions à l'échelon de la population doivent être recensées et explorées. Les organismes de santé publique doivent soigneusement évaluer les caractères applicables et transférables des programmes fructueux dans leur contexte particulier.

Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité : Aucun renseignement disponible.

Références utilisées pour donner un aperçu de la question :

Bélangier-Ducharme, F. et Tremblay, A. (2007). Prevalence of obesity in Canada (*Prévalence de l'obésité au Canada*). *Obesity Reviews*, n° 6, p. 183-186.

Santé Canada (2007). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes cycle 2.2, Nutrition (2004) : Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages canadiens. Ottawa : Sous l'autorité du ministre de la Santé, Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, Direction générale des produits de santé et des aliments, Santé Canada.

Direction de la santé publique du ministère ontarien de la Santé (1997). Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires (Cat. n° 2206557).

Auteurs du sommaire : Donna Fitzpatrick-Lewis, M.S.S., Projet de pratique efficace en santé publique, École de soins infirmiers de l'Université McMaster, Hamilton, Ontario, fitzd@mcmaster.ca

Coordonnées :

Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP)

École de soins infirmiers de l'Université McMaster

1685, rue Main Ouest, bureau 302
Hamilton (Ontario) Canada L8S 1G5

Téléphone : 905 525-9140 poste 20470

Télécopieur : 905-529-4184

Courriel : ephpp@mcmaster.ca

Site Web : www.hamilton.ca/ephpp