



Maintien du poids : et si la clé venait de ceux qui l'ont déjà fait ?

Référence

Leahey TM, Gorin AA, Huedo-Medina TB, et al. Patient-delivered continuous care for weight loss maintenance: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2025;185:767-76. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.1345

Analyse de

Ryan Tock, MSc Infirmières
Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Chez des adultes âgés de 18 à 75 ans avec un BMI de 25 à 50 kg/m² et ayant perdu $\geq 5\%$ de leur poids initial après un programme en ligne de 4 mois, un programme de maintien de la perte de poids entièrement délivré par des patients (mentors + pairs) est-il plus efficace qu'un programme de maintien délivré par un professionnel de santé pour limiter la reprise pondérale et améliorer les facteurs de risque cardiovasculaire, après 18 mois de suivi ?

Contexte

En Belgique, près de la moitié de la population (49,3%) présente un excès de poids, et environ une personne sur six (15,9%) est touchée par l'obésité (1). Pour des raisons de santé publique et sociétales, les patients sont encouragés à perdre leur excès pondéral. Toutefois, si perdre du poids est un objectif à atteindre, le maintien de cette perte de poids l'est tout autant. Deux méta-analyses d'études randomisées contrôlées (RCTs) ont montré que des interventions relatives au mode de vie 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 (2-4). Minerva a précédemment conclu à l'efficacité des interventions comportementales visant le contrôle du poids chez les adultes en première ligne (2,3) à la condition que l'intervention soit intensive, avec au moins 12 contacts, et que les patients soient motivés pour effectivement suivre le programme. Attention toutefois à l'effet qui diminue avec le temps mais qui reste statistiquement significatif pendant deux ans. Cette fois, Minerva s'intéresse à un article proposant une innovation dans le maintien de la perte de poids : le suivi par des mentors et pairs (5).

Résumé

Population étudiée

- recrutement : envoi postal de masse, réseaux sociaux, listes de diffusion, de 2018 à 2020 ; via un centre académique unique (États-Unis)
- critères d'inclusion : adultes, 18 à 75 ans, BMI 25-50 kg/m² ; être anglophones, avoir accès à internet, perte $\geq 5\%$ du poids initial après programme en ligne de 4 mois basé sur le *Diabetes Prevention Program* (**phase 1 de l'étude**)
- critères d'exclusion : perte pondérale récente, participation à autre programme de perte de poids, chirurgie bariatrique antérieure, grossesse, pathologie contre-indiquant régime ou exercice sans accord médical, absence d'accès internet
- au total, 287 adultes ont été randomisés **en phase 2** (sur 752 phase 1) ; âge moyen = 53,6 ans (ET 0,9) ; 83,6% femmes ; 89,2% non hispaniques, 76,3% caucasiens ; 44,9% avec un niveau master ou plus ; BMI moyen phase 1 = 34,2 kg/m² ; perte pondérale moyenne phase 1 = -9,0 kg (-9,7%).

Protocole d'étude

Essai clinique randomisé (RCT), 2 bras parallèles :

- intervention
 - programme de maintien de perte de poids entièrement délivré par des patients (*patient-to-patient*)
 - composantes :
 - mentors : anciens participants à des essais comportementaux, perte $\geq 7\%$ maintenue ≥ 1 an, sans formation en santé ; formés par les investigateurs (importance du soutien continu, stratégies de maintien, animation de groupe)
 - pairs : dyades appariées par âge/sexe ; échanges hebdomadaires par e-mail/SMS (poids, calories, activité, succès/difficultés, soutien demandé)
 - sessions de groupe : 7 au total, 90 min chacune (hebdo 4 sem, bimensuelles 4 sem, mensuelle 1 mois), co-animées par 2 mentors
 - après les sessions : soutien hebdomadaire exclusivement entre pairs pendant 15 mois
 - mentors rémunérés (25 \$/h, $\approx$ 2 990 \$/mentor/18 mois)
 - suivi de conformité : mentors copiés sur échanges, rappels hebdomadaires
- comparateur
 - programme de maintien de perte de poids délivré par un professionnel de santé (Standard of Care - SOC)
 - intervenants : professionnels titulaires d'un master, formés aux stratégies comportementales fondées sur preuves
 - sessions de groupe : 24 au total, 90 min chacune (hebdo 1 mois, bimensuelles 3 mois, mensuelles 14 mois)
 - contenu : maintien du poids au niveau de la randomisation, calories personnalisées, augmentation progressive de l'activité physique modérée à vigoureuse à 300 min/semaine, auto-surveillance encouragée
 - rappels envoyés par les intervenants
- suivi : 18 mois.

Mesure des résultats

- critère de jugement primaire
 - changement de poids (kg) du début de la phase 2 (baseline) à 6, 12 et 18 mois
 - mesure : avant covid-19, en personne avec balance digitale validée ; pendant covid-19, pesée à domicile avec balance digitale validée + supervision visioconférence par personnel formé (lecture affichée à la caméra)
- critères de jugement secondaires
 - pression artérielle systolique et diastolique : mesurée avec moniteur de signes vitaux DINAMAP Carescape V100 (GE HealthCare), en personne avant covid-19, à domicile avec supervision visioconférence pendant covid-19
 - fréquence cardiaque au repos : même dispositif et protocole que pour la PA
 - activité physique modérée à vigoureuse (MVPA), pas/jour, temps sédentaire (h/j) : accéléromètre ActiGraph GT9X porté à la taille 7 jours consécutifs ; données analysées avec logiciel ActiLife
 - adhésion : présence aux sessions (enregistrée par intervenants), respect des échanges hebdomadaires entre pairs (dans bras intervention)
- analyse en intention de traiter.

Résultats

- critère de jugement primaire : changement de poids (kg)
 - à 6 mois : bras Pairs+Mentors = -1,44 kg (avec IC à 95% de -2,35 à -0,54) ; bras SOC = -0,16 kg (avec IC à 95% de -1,13 à 0,82) ; différence non significative
 - à 12 mois : bras Pairs+Mentors = +0,04 kg (avec IC à 95% de -0,86 à 0,95) ; bras SOC = +0,77 kg (avec IC à 95% de -0,21 à 1,47) ; différence non significative

- à 18 mois : bras Pairs+Mentors = +0,77 kg (avec IC à 95% de -0,14 à 1,68) ; bras SOC = +2,37 kg (avec IC à 95% de 1,40 à 3,34) ; différence significative en faveur de Pairs+Mentors ($p = 0,002$)
- critères de jugement secondaires cliniquement pertinents
 - pression artérielle systolique : pas de différence significative entre les deux bras ; les valeurs restent globalement stables du début à 18 mois
 - pression artérielle diastolique : différence significative en faveur de Pairs+Mentors ($p = 0,03$) ; tendance à la baisse ou stabilité dans Pairs+Mentors, augmentation progressive dans SOC ; cependant, cet effet devient non significatif après ajustement post hoc (race, sexe, perte initiale)
 - fréquence cardiaque au repos : différence significative en faveur de Pairs+Mentors ($p < 0,001$) ; baisse dans Pairs+Mentors, stabilité ou légère hausse dans SOC
 - activité physique modérée à vigoureuse (MVPA) : pas de différence significative entre les groupes sur l'ensemble du suivi
 - activité de style de vie (pas/jour) : différence significative en faveur de Pairs+Mentors ($p < 0,001$) ; maintien d'un niveau plus élevé dans Pairs+Mentors, baisse notable dans SOC à 18 mois
 - temps sédentaire (heures/jour) : différence significative en faveur de Pairs+Mentors ($p = 0,003$) ; diminution dans Pairs+Mentors, légère augmentation dans SOC.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que « *Dans cet essai, une intervention sur le mode de vie délivrée par des patients (intervention de mentors plus soutien entre pairs) a donné des résultats significativement meilleurs pour le maintien de la perte de poids et les facteurs de risque cardiovasculaire comparée au traitement standard de référence délivré par des professionnels. Des recherches futures pourraient examiner l'efficacité de cette nouvelle approche de traitement dans les contextes communautaires et cliniques* ».

Financement de l'étude

Cet essai a été financé par l'Institut national du diabète et des maladies digestives et rénales (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases – NIDDK).

Conflit d'intérêts des auteurs

Plusieurs auteurs ont déclaré des subventions du National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, du NIDDK ou encore des honoraires personnels de Medifast Scientific en dehors du travail soumis.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

L'étude présente plusieurs éléments méthodologiques qui renforcent sa validité interne. Les analyses ont été menées en intention de traiter, incluant tous les participants randomisés, avec gestion des données manquantes par modèles linéaires mixtes (REML) et imputations multiples. La durée de suivi de 18 mois, avec des mesures intermédiaires à 6, 12 et 18 mois, permet d'évaluer la persistance des effets. Les mesures ont été réalisées de manière objective et supervisée : le poids a été mesuré avec une balance digitale validée, en personne avant la pandémie et à domicile sous supervision en visioconférence pendant celle-ci ; la pression artérielle et la fréquence cardiaque ont été mesurées à l'aide d'un dispositif validé (DINAMAP CareScape V100) ; l'activité physique et le temps sédentaire ont été mesurés par accéléromètre ActiGraph GT9X porté pendant 7 jours. La fidélité de l'intervention a été vérifiée par enregistrements audio des sessions, évalués sur un sous-échantillon (30%), avec des scores élevés de respect du protocole dans les deux bras. Cependant, certaines limites méthodologiques peuvent avoir influencé les résultats. Les critères d'inclusion de la phase 2, exigeant une perte de poids $\geq 5\%$ en phase 1, ont sélectionné une population plus motivée et réceptive, réduisant la représentativité. L'ensemble du

protocole nécessitait un accès Internet et une aisance numérique, ce qui exclut de facto une partie des personnes défavorisées (6), pourtant à haut risque d'obésité. Le taux d'attrition est rapporté, mais sans analyse des caractéristiques et raisons des abandons, ce qui empêche d'identifier un éventuel biais si certaines catégories de participants sont surreprésentées parmi les abandons. Le profil des mentors est défini par des critères de succès pondéral (perte $\geq 7\%$, maintien ≥ 1 an, pas de formation en santé), mais aucune donnée sociodémographique n'est fournie, ce qui limite l'évaluation de la généralisabilité et de la reproductibilité fine. Dans le bras « pairs », la dynamique repose sur la dyade, sans information sur la gestion d'un abandon de partenaire, alors que cette relation est au cœur du dispositif. La rémunération différenciée — mentors payés, pairs non — peut influencer la motivation et la régularité pendant l'essai et pose la question de la transposabilité du modèle hors contexte de recherche. Enfin, il convient de noter que la différence observée entre les deux bras pourrait être en partie attribuable à la fréquence et la continuité des contacts : le bras « pairs+mentors » bénéficiait d'échanges hebdomadaires pendant 18 mois, alors que le SOC reposait sur 24 séances espacées dans le temps. Cette différence de « dose d'intervention » constitue un facteur confondant, rendant plus difficile d'isoler l'effet spécifique du type de dispensateur (patients vs professionnels).

Évaluation des résultats

L'échantillon de l'étude est composé d'adultes âgés de 18 à 75 ans, majoritairement des femmes (83,6%), ayant un BMI initial de 25 à 50 kg/m², anglophones, avec accès à Internet et ayant perdu $\geq 5\%$ de leur poids initial après un programme en ligne de 4 mois. Cette sélection crée un profil de participants plus motivés et numériquement équipés que la population générale, ce qui limite la représentativité, en particulier pour les publics défavorisés ou peu familiers avec les outils numériques, pourtant à risque accru d'obésité (7). Il est important de souligner que l'échantillon étudié présente un profil très particulier : 83,6% des participants étaient des femmes, 76,3% se déclaraient blancs et près de la moitié (44,9%) possédaient un diplôme de niveau master ou supérieur. Ce recrutement majoritairement féminin, caucasien et hautement diplômé réduit encore la généralisabilité des résultats, en particulier vis-à-vis des publics les plus à risque d'obésité, souvent moins représentés dans ce type de recherche (hommes, minorités ethniques, populations à faible niveau socio-économique).

L'intervention « pairs + mentors » est bien décrite et standardisée, mais sa faisabilité dans notre contexte dépend de la disponibilité d'anciens patients ayant maintenu leur perte de poids et pouvant être formés à ce rôle. Elle nécessite un accès numérique fiable et du temps pour assurer les échanges hebdomadaires, ce qui peut constituer une barrière pour certains publics. Le comparateur (SOC) est pertinent car il correspond à une prise en charge comportementale professionnelle fondée sur les preuves, représentant une bonne référence. Le critère primaire - changement de poids sur 18 mois - est pertinent pour les patients, de même que les critères secondaires choisis (pression artérielle, fréquence cardiaque, activité physique, sédentarité), qui ont un lien direct avec la santé cardiovasculaire. Les résultats montrent un avantage modeste mais statistiquement significatif du bras « pairs + mentors » par rapport au SOC pour limiter la reprise de poids et améliorer certains facteurs de risque cardiovasculaire. Ces résultats sont cohérents avec certaines études ayant montré un effet positif du soutien entre pairs dans d'autres contextes : par exemple, chez les patients atteints de cancer, par l'amélioration de la qualité de vie et de la survie (8), et dans le diabète de type 2, par une amélioration à court terme de l'HbA1c (9) et de la perte de poids lorsque ce soutien est ajouté à un traitement professionnel. L'ampleur des effets observés dans cet essai reste toutefois limitée, ce qui doit être mis en perspective dans l'extrapolation clinique.

Sur le plan bénéfice-risque, l'intervention ne présente pas de risque identifié, hormis la dépendance à l'adhésion des dyades et à l'infrastructure numérique. Le rapport bénéfice-risque est favorable dans un contexte où le coût d'animation par des mentors est inférieur à celui des professionnels, mais l'impact potentiel en population générale dépendra de la capacité à atteindre et engager les publics les plus à risque et les moins connectés.

Que disent les guides de pratique clinique ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) considère le maintien de la perte de poids comme une réussite clinique à part entière. Le guide de premier recours insiste sur la nécessité de consolider les résultats obtenus, tandis que le parcours de soins 2024 rappelle les adaptations physiologiques post-perte et la nécessité d'un accompagnement au long cours, principalement assuré par le médecin traitant, potentiellement en lien avec un référent de proximité dans les situations complexes (10).

Conclusion de Minerva

Cet essai clinique contrôlé randomisé monocentrique montre qu'une intervention sur le mode de vie délivrée par des patients (intervention de mentors plus soutien entre pairs) a donné des résultats significativement meilleurs pour le maintien de la perte de poids et les facteurs de risque cardiovasculaire comparée au traitement standard de référence délivré par des professionnels. Cette étude présente une qualité méthodologique satisfaisante et suggère un potentiel de réduction substantielle des coûts pour le système de santé, ainsi qu'un gain de temps pour les professionnels de santé grâce au transfert partiel des activités de suivi vers des mentors patients formés. Toutefois, avant d'envisager une mise en œuvre à large échelle, des recherches supplémentaires seront nécessaires pour confirmer ces résultats dans une population élargie et sur des critères de jugement cliniquement forts ainsi qu'en évaluer l'impact économique et organisationnel dans différents contextes de soins.

Références

1. Ma C, Avenell A, Bolland M, et al. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2017;359:j4849. DOI: 10.1136/bmj.j4849
2. Piessens V. Quelle est l'efficacité des interventions comportementales visant le contrôle du poids chez les adultes en première ligne ? *MinervaF* 2023;22(8)184-7.
3. 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
4. Singh N, Stewart RA, Benatar JR. Intensity and duration of lifestyle interventions for long-term weight loss and association with mortality: a meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open* 2019;9:e029966. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-029966
5. Leahey TM, Gorin AA, Huedo-Medina TB, et al. Patient-delivered continuous care for weight loss maintenance: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2025;185:767-76. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.1345
6. OMS. Journées francophones d'informatique médicale 2014. In: *CEUR Workshop Proceedings*. CEUR 2014;1379:187-91. Accessed 8 September 2025.
7. World Health Organization. Obesity and overweight (fact sheet). Published 7/05/2025. Accessed 8/09/2025.
8. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 2003;11:763-8. DOI: 10.1007/s00520-003-0536-7
9. Heisler M, Vijan S, Makki F, Piette JD. Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2010;153:507-15. DOI: 10.7326/0003-4819-153-8-201010190-00007
10. Haute Autorité de Santé. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte – Synthèse. HAS 2023. Mise à jour février 2024. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3409509/fr/guide-parcours-surpoids-obesite-de-l-adulte