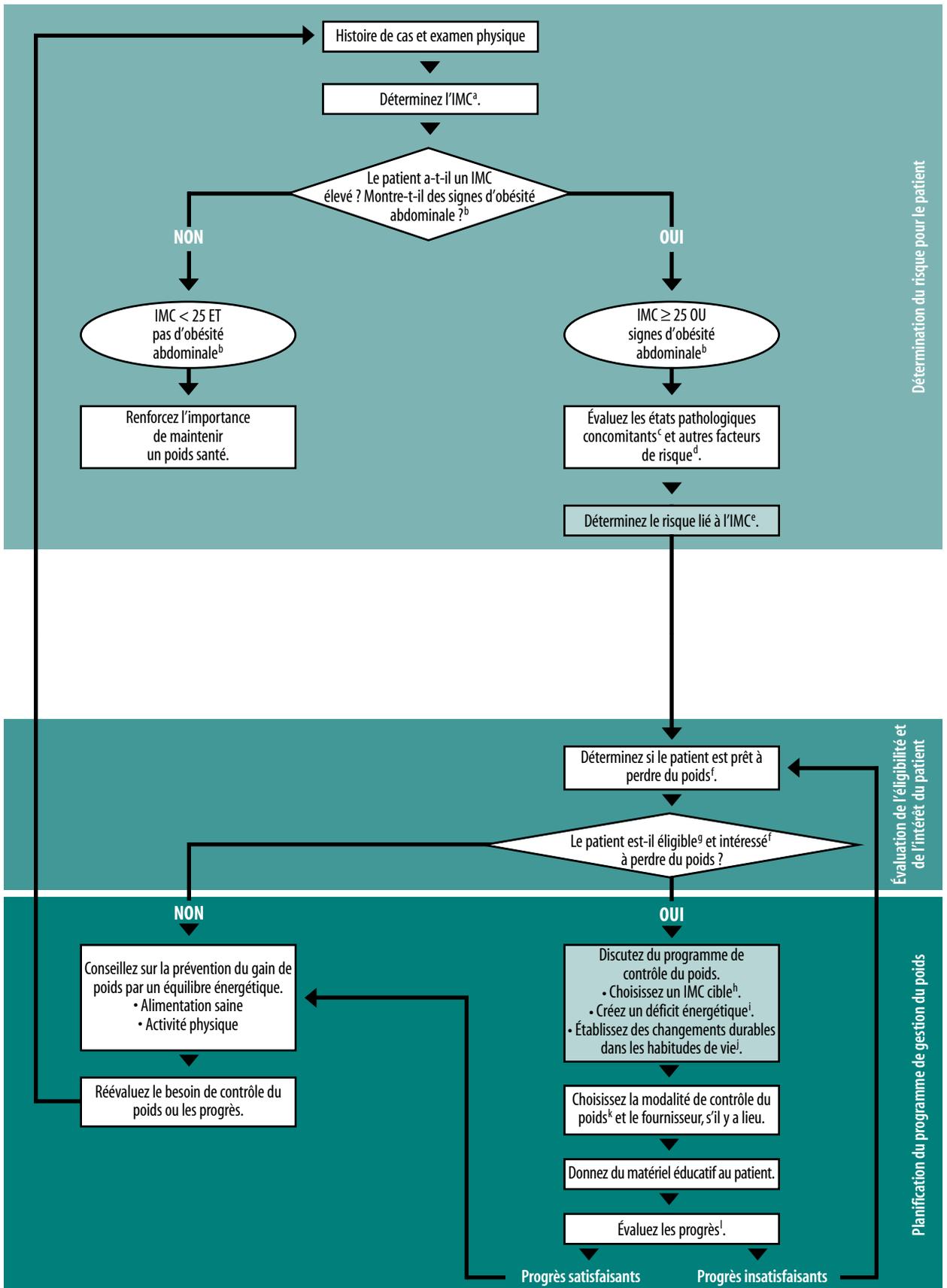


Approche clinique suggérée pour la détection
et la prise en charge de l'obésité ou de l'embonpoint

Approche clinique suggérée pour la détection et la prise en charge de l'obésité ou de l'embonpoint



Le médecin désireux de prendre connaissance de l'analyse de cohérence entre les lignes directrices ayant servi à l'élaboration de l'algorithme et celles récemment publiées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est convié à consulter la note m.

Notes d'accompagnement : obésité/embonpoint

a) L'IMC est une mesure indirecte du tissu adipeux d'après la taille et le poids.

Il est un indicateur du risque relatif de maladie que court le patient. L'IMC peut être déterminé à l'aide de la table de calcul de l'IMC. Celle-ci ne doit pas être utilisée dans les cas suivants : les athlètes de compétition et les culturistes, les femmes enceintes ou qui allaitent, les individus de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans.

L'embonpoint correspond à un IMC de 25 à 29,9 et l'obésité à un IMC ≥ 30 . Une obésité extrême est présente lorsque l'IMC est ≥ 40 .

L'IMC doit être utilisé pour évaluer l'importance de l'excès pondéral et pour suivre les fluctuations du poids corporel dans le temps.

b) Bon nombre de risques pour la santé sont plus susceptibles de se manifester lorsque le tissu adipeux est concentré dans la région abdominale plutôt que dans la région fessière. Une évaluation visuelle de l'obésité abdominale suffit, en général.

Il y a deux autres méthodes d'évaluation de la distribution de la graisse :

- le rapport tour de taille/tour de hanche (élevé si $> 1,0$ ♂, $> 0,8$ ♀)
- la circonférence de la taille (élevée si ≥ 102 cm [≥ 40 po] ♂, ≥ 88 cm [≥ 35 po] ♀).

La mesure de la circonférence de la taille se fait généralement de la façon suivante : localiser le bord de la dernière côte et le marquer à l'aide d'un crayon-feutre; palper la crête iliaque dans la ligne maxillaire et la marquer; appliquer le ruban non étirable, à l'horizontale, à mi-chemin entre les deux marques et le fixer fermement afin qu'il reste en place autour de l'abdomen, à peu près au niveau de l'ombilic.

Il n'est pas nécessaire de mesurer la circonférence de la taille des patients dont l'IMC ≥ 35 , car le risque pour la santé, calculé uniquement selon ce critère, est déjà extrêmement élevé.

c) La présence des états pathologiques concomitants suivants doit être éliminée : hypertension, MCV, dyslipidémies, diabète de type 2, apnée du sommeil/syndrome d'hypoventilation lié à l'obésité, arthrose, infertilité ou autres états tels la stase veineuse des membres inférieurs, le reflux gastro-œsophagien, l'incontinence urinaire à l'effort et l'hypertension intracrânienne idiopathique. Ces états pathologiques évoluent (s'aggravent/s'améliorent) en fonction du degré d'obésité (croissant/décroissant). La présence d'au moins un de ces états pathologiques augmente le risque pour la santé lié à l'IMC seul.

d) D'autres facteurs doivent être considérés dans l'évaluation du risque pour la santé : prise de poids progressive depuis l'adolescence, antécédents personnels ou familiaux d'obésité, boulimie, épisodes d'alimentation excessive, dépression/anxiété/stress, autres problèmes médicaux pertinents (p. ex. cancer du sein, du côlon ou de l'endomètre, ménopause, morbidité en général), qualité de vie, tabagisme et sédentarité.

e) Risque pour la santé lié à l'IMC :

Catégorie d'IMC	Risque pour la santé basé sur l'IMC	Risque ajusté selon la présence d'états pathologiques concomitants ou d'autres facteurs de risque
-----------------	-------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

<25	Minimal	Faible
25-<27	Faible	Moyen
27-<30	Moyen	Élevé
30-<35	Élevé	Très élevé
35-<40	Très élevé	Extrêmement élevé
≥ 40	Extrêmement élevé	Extrêmement élevé

f) Un patient prêt à perdre du poids est celui qui est intéressé par cette perspective, qui comprend que la gestion du poids représente un engagement à vie et qui veut faire ce qui est approprié et nécessaire pour obtenir des résultats. Le patient a le droit de refuser tout traitement. Toutefois, le médecin se doit de lui communiquer l'ampleur du risque associé au surpoids qu'il présente.

Si le patient n'est pas prêt, alors le traitement de réduction du poids corporel n'est pas approprié bien qu'un tel traitement soit indiqué sur la base du risque que présente le patient.

Les questions suivantes aideront le médecin à déterminer si le patient est prêt ou non :

- Le patient exprime-t-il de l'intérêt vis-à-vis de la perte de poids ?
- Si le patient a déjà essayé à plusieurs reprises de maigrir, quelle est sa motivation actuelle à la perspective de perdre du poids comparativement à ses tentatives antérieures ?
- Le moment est-il approprié pour perdre du poids (i.e. y a-t-il présence d'autres éléments significatifs dans la vie du patient pouvant interférer avec les efforts requis pour maigrir) ?
- Le patient a-t-il gagné récemment 10 livres ou plus, même si son risque est minimal ?
- Le degré d'obésité du patient interfère-t-il avec sa qualité de vie (ex. : mobilité restreinte, apparence plus mince requise pour garder son emploi) ?

g) La grossesse, l'allaitement et une condition mentale ou physique instable sont des motifs d'exclusion temporaire d'un programme d'amaigrissement.

Certaines maladies telles que les calculs biliaires et l'ostéoporose peuvent entraîner une exclusion parce qu'elles peuvent être aggravées par une perte de poids. L'anorexie mentale ou une maladie en phase terminale constituent des **exclusions permanentes**.

h) Le but initial du traitement consiste habituellement à perdre environ 10 % du poids initial. Si ce but est atteint, on peut alors tenter de perdre davantage de poids, si indiqué, après évaluation. Pour plusieurs patients, on peut raisonnablement obtenir une telle perte de poids après 6 mois de traitement.

Pour certains patients - surtout ceux qui ont un $IMC \geq 30$ et qui peuvent avoir depuis longtemps un problème de surpoids, il n'est peut-être ni réaliste ni pratique de viser un IMC inférieur de plus de 1-2 unités à l' IMC actuel. Une perte d'aussi peu que 5 % du poids corporel peut être significative sur le plan médical. La grande majorité des patients qui ont un $IMC \geq 30$ ne perdent pas plus de 10 à 12 % de leur poids corporel initial.

i) L'amaigrissement n'est possible qu'en créant un déficit énergétique à partir d'une restriction de l'apport calorique ou de l'augmentation de la dépense d'énergie ou, idéalement, des deux. Pour restreindre l'apport calorique, il suffit parfois simplement de faire des choix alimentaires plus sains (p. ex. choisir des aliments moins gras, consommer plus de fruits et de légumes, utiliser moins de gras dans la préparation des aliments) sans nécessairement adopter un régime formel de restriction calorique.

Il est bon de fixer un objectif modeste en matière de déficit énergétique (500 kcal) pour aider le patient à tenir le cap longtemps (i.e. régime à déficit modéré : 1 200-1 500 kcal/jour pour ♀ et 1 400-2 000 kcal/jour pour ♂).

Dans certains cas, un régime plus draconien est requis (i.e. régime pauvre en calories : 800-1 200 kcal/jour ou régime très pauvre en calories : < 800 kcal/jour [prescrit dans les cliniques spécialisées]).

L'activité physique est le principal moyen d'accroître la dépense énergétique. Les patients ayant une obésité extrême peuvent avoir du mal à s'adonner à des activités physiques traditionnelles, mais ils peuvent se tourner vers des activités adaptées comme la danse en position assise, les exercices au sol, l'aquaforme et la natation. Pour la plupart des patients obèses, l'activité physique doit être initiée lentement et, par la suite, l'intensité doit être accrue progressivement.

m) **Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs** publiait récemment ses recommandations quant au dépistage, à la prévention et au traitement et de l'obésité.

Dans ses conclusions, le Groupe énonce que les preuves sont insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'IMC comme mesure intégrante de l'examen médical périodique pour la population en général.

Le Groupe d'étude recommande toutefois le calcul de l'IMC pour les patients présentant un état pathologique concomitant lié à l'obésité.

Aucune recommandation n'est formulée quant à l'évaluation de la distribution du tissu adipeux.

Finalement, le Groupe d'étude ne recommande la perte de poids que pour les patients obèses présentant un état pathologique concomitant lié à l'obésité tel le diabète ou l'hypertension artérielle.

Les recommandations du Groupe d'étude ont récemment été comparées* à celles des autres rapports officiels fondés sur les preuves qui ont été utilisés pour développer le présent algorithme. Elles ont été jugées cohérentes sauf pour quelques exceptions comme en ce qui concerne la détermination de l'IMC chez les adultes et l'inclusion de l'évaluation de l'obésité abdominale.

L'auteur de cette analyse de cohérence suggère que la détermination de l'IMC chez les adultes constitue une recommandation sensée considérant 1) qu'il est notoire que les professionnels de la santé éprouvent de la difficulté à évaluer la présence d'obésité ou d'embonpoint à l'aide d'une inspection visuelle seule et 2) que l'IMC peut être facilement obtenu en utilisant des normogrammes ou tables (voir les tables de calcul de l'IMC dans ce guide) à partir du poids et de la taille, lesquels sont tous deux recommandés comme constituant de l'examen médical périodique. Il reconnaît le fondement d'ajouter l'évaluation de l'obésité abdominale devant les données convaincantes reliant l'adiposité abdominale aux états pathologiques concomitants.

* Lau DCW. Call for Action: Preventing and Managing the Expansive and Expensive Obesity Epidemic. CMAJ 1999; 160(4) : 503-506.

Prise en charge de l'obésité et de l'embonpoint : difficultés à prévoir et pistes de solution

Échec antérieur

Les patients qui présentent un surpoids ont souvent tenté à maintes reprises de perdre du poids. Le médecin peut explorer avec eux les efforts qu'ils ont faits jusqu'ici. Il s'agit la plupart du temps de régimes à la mode ou de régimes-choc qui modifient de façon draconienne l'apport alimentaire. Le médecin doit expliquer à ses patients que, pour contrôler leur poids en permanence, ils doivent apporter des changements durables à leurs habitudes, notamment manger sainement et faire régulièrement de l'activité physique.

Choix d'un objectif déraisonnable de perte de poids

Bien des gens se fixent un objectif déraisonnable en ce qui concerne le poids à perdre. Il est suggéré de revoir avec vos patients ce qu'ils considèrent comme un objectif raisonnable. Il faut aborder la question de l'IMC cible sous deux angles : 1) cet objectif est-il réaliste ? et 2) cet objectif peut-il être maintenu en permanence ?

Pour répondre à ces questions, le patient doit d'abord se poser celles qui suivent :

- Me suis-je déjà situé dans cette zone d'IMC au cours de ma vie adulte ?
- Si oui, il y a combien d'années ?
- Pourquoi puis-je atteindre cet objectif maintenant ?
- Puis-je conserver cet objectif à long terme ?

Les patients qui ont beaucoup de poids à perdre, peuvent trouver trop difficile de s'y attaquer d'un seul coup. Un objectif initial de 2,0 à 4,5 kilogrammes (environ 5 à 10 livres) est réaliste à court terme et une règle de base veut qu'une perte de 4,5 kilogrammes (10 livres) ait des effets importants sur la TA et la lipémie.

Une deuxième règle de base veut que la perte de poids ait d'autant plus d'effet sur les facteurs de risque MCV qu'elle est importante; il importe donc de fixer un objectif d'amaigrissement qui soit plus élevé à long terme. Il faut expliquer aux patients que pour perdre du poids de façon durable, il faut le perdre lentement. Un objectif de moins d'un kilogramme (2 livres) par semaine est réaliste.

Absence de perte de poids en dépit d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière

Avant d'amorcer un programme de modification du comportement, il faut souligner aux patients que la perte de poids mesurée par la balance n'est pas le seul indicateur d'une amélioration de l'état de santé. D'autres paramètres tels de meilleures habitudes alimentaires, une circonférence de taille réduite, des vêtements dans lesquels on respire plus à l'aise, une endurance supérieure au cours de l'activité, un plus grand bien-être, une hausse du niveau d'énergie, une réduction du stress, une meilleure tolérance du glucose, une baisse de la pression artérielle et du pouls au repos sont tout autant des indicateurs du succès obtenu.

Le médecin peut également expliquer aux patients que la modification des habitudes alimentaires et de l'activité physique peut ne pas se traduire, au début, par une perte de poids rapide sur la balance. Dans bien des cas, l'activité physique régulière peut modifier la composition corporelle, c'est-à-dire diminuer le tissu adipeux et augmenter la masse musculaire (plus lourde que le tissu adipeux), ce qui se solde parfois par une absence de perte de poids objective.

« Atteinte d'un plateau »

Les gens qui tentent de perdre du poids disent souvent qu'ils « atteignent un plateau ». La perte de poids ne se traduit pas de façon constante. La plupart des gens en perdent pendant plusieurs semaines, puis se stabilisent pendant deux ou trois semaines. Alors, ils se sentent parfois frustrés et déçus. Le médecin est invité à leur expliquer qu'il est fréquent d'« atteindre un plateau », à leur rappeler que ce n'est qu'à force de persévérance qu'ils perdront du poids et à mettre l'accent sur d'autres indicateurs de succès. L'importance de l'activité physique doit leur être soulignée. On peut de plus leur conseiller de se peser une ou deux fois par semaine et non chaque jour. Les femmes atteignent souvent un plateau lorsqu'elles sont en période prémenstruelle (rétention aqueuse).

Rechutes et écarts

Le médecin peut expliquer au patient que les rechutes et les écarts font partie intégrante du processus de modification du comportement et qu'ils ne doivent donc pas être perçus comme des échecs. Il faut plutôt y voir des occasions d'apprentissage. Le médecin peut aider ses patients à déceler les causes de ces rechutes et écarts et à trouver des moyens de les prévenir.

Activité physique insuffisante

Le médecin peut rassurer ses patients qu'ils n'ont pas à avoir une activité physique intense pour perdre du poids ou le stabiliser. Même une augmentation d'activité modeste contribue à la perte de poids. Des activités d'intensité modérée, par exemple la marche, favorisent la perte de poids et la réduction des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires.

Il est important de demander au patient de se fixer un objectif réaliste en matière d'activité physique en soulignant que la somme de ses efforts dans ce domaine aura un effet majeur sur le rythme de la perte de poids. Il est bon, au départ, d'accroître la dépense énergétique d'environ 400 à 600 kcal par semaine. Ceci se traduit par une marche d'une demi-heure, environ trois fois par semaine, à un rythme modéré (20 min/mille). Le médecin doit encourager le patient à noter son activité physique dans un relevé d'aliments et d'activités. Comme le renforcement de l'importance de l'activité physique est un élément essentiel du programme de gestion du poids, il est capital d'assurer un suivi à chaque consultation.

Manque de soutien de la part des membres de la famille ou des amis

Perdre du poids est une démarche lente et souvent ardue qui requiert le soutien de la famille, des amis et d'autres personnes (p. ex. des collègues de travail). Le médecin peut conseiller à ses patients de trouver les personnes de leur entourage qui peuvent leur apporter du soutien et inciter les membres de la famille à participer à la démarche. Les proches peuvent non seulement offrir du soutien émotif, mais aussi faire de l'exercice avec le patient ou garder les enfants. Il est important pour toute la famille d'adopter de bonnes habitudes alimentaires et d'avoir une activité physique régulière (le risque que les enfants d'un seul parent obèse deviennent obèses à l'âge adulte s'élève à 40 %). La modification du comportement s'en trouve ainsi facilitée.

Si un patient ne peut bénéficier de l'appui de sa famille ou de ses amis, le médecin peut lui suggérer de s'adresser à des groupes communautaires qui ont une bonne structure de soutien et donnent des conseils sur la modification du comportement. Il faut toutefois rappeler aux patients qu'ils sont les premiers artisans de leur succès. Pour les aider à se donner le renforcement dont ils ont besoin, le médecin peut leur conseiller des entretiens d'auto motivation, la reconnaissance positive des nouveaux comportements développés ou des buts atteints et des récompenses de nature autre qu'alimentaire.

Révisé par Aubie Angel, MD, FRCPC, Département de médecine interne, Université du Manitoba et Lawrence Leiter, MD, FRCPC, Département de médecine et des sciences de la nutrition, Université de Toronto

La recommandation de perdre du poids devrait constituer une pratique médicale courante auprès des patients ayant un embonpoint avant que ceux-ci ne développent une obésité franche, une hypertension ou une dyslipidémie .

LISTE ABRÉGÉE DE RÉFÉRENCES

1. Douketis J.D. *et al.* Periodic Health Examination, 1999 Update: 1. Detection, Prevention and Treatment of Obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 1999; 160 (4) : 513-525.
2. National Heart, Lung and Blood Institute. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, June 1998*.
3. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 1997.
4. Eckel, R.H. Obesity and Heart Disease. A Statement for Health Professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation* 1997; 96 : 3248-3250.
5. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association : Weight Management. *J Am Diet Assoc.* 1997; 97 : 71-74.
6. Shape Up America!, American Obesity Association. *Guidance for Treatment of Adult Obesity*, October 1996.*
7. Jonas, S. Weight management. *Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice*. Woolf S.H. et al (ed). 1995.
8. Elmer, P.J. Obesity and CVD: Practical approaches for weight loss in clinical practice. *Preventive Cardiology*. AHA (ed). 1994.

*Algorithme adapté de ces références.