

LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES DE 2006 SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS



LE TEXTE QUI SUIT EST UNE ADAPTATION DES DOUZE PREMIÈRES RECOMMANDATIONS DES LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES JEUNES ET LES ADULTES. IL COUVRE LA CLASSIFICATION DE L'EMBOUPPOINT ET DE L'OBÉSITÉ, L'ÉVALUATION DE LA RÉCEPTIVITÉ AU CHANGEMENT ET LE RÔLE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ.

Démarche initiale recommandée pour évaluer les personnes souffrant d'embonpoint et d'obésité

Classification de l'embonpoint et de l'obésité chez les adultes et les enfants

Nous recommandons de mesurer l'indice de masse corporelle (IMC; poids en kilogrammes divisé par la taille en mètres, au carré) chez tous les adultes et les enfants et les adolescents (de deux ans et plus).

Nous recommandons d'utiliser les tables de croissance des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis dans le cas de l'IMC pour dépister l'embonpoint ($\geq 85^{\circ}$ à $< 95^{\circ}$ percentile) et l'obésité ($\geq 95^{\circ}$ percentile) chez les enfants et les adolescents.

Nous recommandons de mesurer la circonférence de la taille chez tous les adultes afin d'évaluer les risques pour la santé qui sont reliés à l'obésité.

Évaluation de la réceptivité au changement

Nous suggérons que les professionnels de la santé évaluent la réceptivité et les obstacles au changement avant qu'une personne entreprenne un programme de contrôle du poids ou de perte de poids fondé sur des habitudes de vie saines.

Nous suggérons que les professionnels de la santé cherchent à déterminer si l'adulte préobèse ou obèse a des troubles de l'alimentation ou des troubles dépressifs et psychiatriques, le cas échéant.

Rôle des professionnels de l'équipe de soins de santé dans la prise en charge de l'obésité et le counselling en la matière

Nous recommandons une intervention intégrée portant sur des habitudes de vie saines chez les personnes préobèses ou obèses. Nous suggérons que les membres de l'équipe de soins de santé discutent avec les personnes disposées à entreprendre un programme de contrôle du poids des dimensions appropriées d'éducation, de soutien et de traitement qui s'ajouteront à une intervention portant sur les habitudes de vie.

Nous encourageons les professionnels de première ligne à collaborer avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé afin d'établir un programme intégré de perte de poids à l'intention de la personne préobèse ou obèse afin de promouvoir la perte de poids et de la maintenir.

Nous encourageons les professionnels de première ligne à instaurer un climat exempt de jugement lorsqu'ils discutent de la perte de poids.

Tableau 3 : Valeurs de référence de la circonférence de taille selon les origines ethniques

Pays ou ethnie	Circonférence de taille [†] (en tant que mesure d'obésité tronculaire), en cm	
	Homme	Femme
Européide*	≥ 94	≥ 80
Asiatique du Sud et Chinoise [†]	≥ 90	≥ 80
Japonaise [†]	≥ 85	≥ 90
Amérique centrale et du Sud	Utiliser les valeurs de l'Asie du Sud tant que des données plus précises ne seront pas disponibles	
Afrique sub-saharienne	Utiliser les valeurs européennes tant que des données plus précises ne seront pas disponibles	
Méditerranée de l'Est et Moyen-Orient (populations arabes)	Utiliser les valeurs de l'Asie du Sud tant que des données plus précises ne seront pas disponibles	

*Dans de futures études épidémiologiques de populations d'origine européenne, il faudrait donner la prévalence en utilisant à la fois les valeurs de référence européennes et nord-américaines, ce qui permettrait de meilleures comparaisons. Aux États-Unis, les valeurs NCEP-APT III (hommes > 102 cm, femmes > 88 cm) continueront sans doute à être utilisées à des fins cliniques. Il est toutefois fortement recommandé, pour les études épidémiologiques et, dans la mesure du possible, pour le dépistage, d'utiliser des valeurs ethno-spécifiques pour les personnes du même groupe ethnique, quel que soit le lieu où elles se trouvent. Ainsi, les critères recommandés pour le Japon s'appliqueraient aux communautés japonaises expatriées; de même pour les hommes et les femmes de l'Asie du Sud, quel que soit leur lieu ou pays de résidence.

[†]Valeurs fondées sur des populations chinoises, malaisiennes et indiennes.

[‡]Les analyses subséquentes de données suggèrent que les valeurs asiatiques devraient s'appliquer aux populations japonaises tant que l'on ne disposera pas d'autres données.

Note : NCEP-APT III = National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults – Adult Treatment Panel III (Groupe d'experts sur le dépistage, l'évaluation et le traitement de l'hypercholestérolémie chez les adultes – Panel III de traitement des adultes – Programme national d'éducation sur le cholestérol).

Repris du JAMC 10 avril 2007; 176 (8 Suppl.) : SF1-14 avec la permission de l'éditeur. ©2007 Association médicale canadienne.



LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES DE 2006 SUR LA PRISE EN CHARGE ET LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES ET LES ENFANTS



Figure 1 : Algorithme d'évaluation et étapes de prise en charge de l'adulte préobèse ou obèse.* Les limites supérieures de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la circonférence de la taille varient selon les groupes ethniques; voir le Tableau 3 pour les valeurs de référence de la circonférence de taille selon les origines ethniques.

