



Le surplus de poids un problème de taille ?

Huguette Bélanger et Dominique Claveau

Au Canada, en 2004, 23 % des adultes étaient obèses et 36 % souffraient d'embonpoint. C'est donc près de six personnes sur dix qui présentent un surplus de poids. En 25 ans, l'IMC moyen est passé de 25,1 kg/m² à 27 kg/m². L'omnipraticien est appelé à jouer un rôle important face à ce problème croissant :

- **Doit-il peser et mesurer tous ses patients ?**
- **Doit-il faire maigrir tous ceux dont l'IMC est supérieur à 25 kg/m² ?**
- **Quels sont les traitements recommandés et les conditions gagnantes d'une bonne intervention ?**

MONSIEUR VADEBONCEUR a un IMC de 32 kg/m² et un tour de taille de 105 cm. Sa pression artérielle et sa glycémie sont limitées : 138/88 mm Hg, 6,2 mmol/l. Ses taux de cholestérol et de triglycérides sont anormaux. Comment s'occuper de son poids sans lui nuire ?

Faut-il calculer l'IMC et mesurer le tour de taille de tous les patients ?

Avant de préciser les recommandations actuelles sur le dépistage du surplus de poids, rappelons l'importance de l'indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille pour la santé.

Importance de l'IMC

L'IMC est une mesure obtenue en divisant le poids en kilogrammes par la taille en mètres carrés (kg/m²) et qui permet d'établir de façon fiable les risques pour la santé selon les différentes catégories. Plus l'IMC augmente, plus les risques de morbidité et de mortalité s'accroissent^{1,2} (tableau I).

Pourquoi ajouter le tour de taille ?

L'IMC ne tient pas compte de la localisation de la

La D^{re} Huguette Bélanger, omnipraticienne, est médecin-conseil à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. M^{me} Dominique Claveau, nutritionniste, est notamment responsable de la section poids du Défi Santé 5/30 du Programme ACTI-MENU.

Tableau I

Classification du poids chez l'adulte*

	Catégorie	IMC (kg/m ²)	
	Poids insuffisant	< 18,5	Risque accru d'avoir des problèmes de santé
	Poids normal	18,5 à 24,9	Moindre risque d'avoir des problèmes de santé
Surplus de poids	Excès de poids (embonpoint)	25,0 à 29,9	Risque accru d'avoir des problèmes de santé
	Obésité Classe I	30 à 34,9	Risque élevé d'avoir des problèmes de santé
	Obésité Classe II	35,0 à 39,9	Risque très élevé d'avoir des problèmes de santé
	Obésité Classe III	≥ 40,0	Risque extrêmement élevé d'avoir des problèmes de santé

*Classification du poids fiable pour la population adulte, sauf chez les femmes enceintes ou qui allaitent, chez les jeunes adultes dont la croissance n'est pas achevée, chez les adultes naturellement très minces ou à forte musculature. Chez les personnes de 65 ans et plus, l'intervalle « normal » de l'IMC peut s'étendre d'une valeur légèrement supérieure à 18,5 jusqu'à une valeur située dans l'intervalle de l'« excès de poids ». Pour certains groupes ethniques, l'IMC doit être utilisé avec prudence.

Source : Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. Ottawa : Santé Canada. 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf

masse adipeuse. Or, la distribution du gras au niveau abdominal, évaluée par la mesure du tour de taille, s'avère un meilleur facteur de prédiction des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2 et du syndrome

Tableau II**Classification du risque pour la santé selon l'IMC et le tour de taille**

Tour de taille	Indice de masse corporelle (IMC) en kg/m ²		
	Normal IMC : 18,5 à 24,9	Excès de poids IMC : 25 à 29,9	Obésité de classe 1 IMC : de 30 à 34,9
< 102 cm (40 po) chez les hommes < 88 cm (35 po) chez les femmes	Moindre risque	Risque accru	Risque élevé
≥ 102 cm (40 po) chez les hommes ≥ 88 cm (35 po) chez les femmes	Risque accru	Risque élevé	Risque très élevé

Source : Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. Ottawa : Santé Canada, 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf

Tableau III**Problèmes de santé associés à l'excès de poids et à l'obésité**

- ⦿ Diabète de type 2
- ⦿ Hypertension artérielle
- ⦿ Dyslipidémie
- ⦿ Maladies coronariennes
- ⦿ Accidents vasculaires cérébraux
- ⦿ Apnée obstructive du sommeil
- ⦿ Syndrome métabolique – Résistance à l'insuline
- ⦿ Lithiases vésiculaires
- ⦿ Ostéoarthrite
- ⦿ Certains types de cancer (sein, endomètre, côlon, prostate et rein)
- ⦿ Dépression – Problèmes psychosociaux
- ⦿ Incontinence à l'effort
- ⦿ Diminution de la fertilité

Adapté de : Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. Ottawa : Santé Canada, 2003. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf

métabolique que l'IMC seul^{3,4}. Les seuils de risque du tour de taille varient selon le sexe : pour les hommes, le tour de taille limite est établi à 102 cm (40 po) et, pour les femmes, à 88 cm (35 po) (tableau II). Le risque pour la santé est défini avec une plus grande acuité en combinant les deux indices^{2,5}.

M. Vadeboncoeur, en raison de son IMC et de son tour de taille, est donc dans la catégorie « risque très élevé ».

Faut-il détecter le surplus de poids chez tous nos patients ?

En 1999, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) ne recommandait pas de mesurer l'IMC chez tous les patients faute de preuves suffisantes de l'efficacité d'une telle mesure, mais laissait la décision aux prestataires de soins⁶. En avril 2005, compte tenu des risques accrus pour la santé (tableau III) liés au surplus de poids et des bienfaits qu'une faible perte de poids peut entraîner sur la diminution de ces risques, les experts du groupe de travail sur les Lignes directrices canadiennes sur la classification du poids chez l'adulte recommandaient d'effectuer une mesure de l'IMC et du tour de taille au moins tous les deux ans. Le suivi de l'IMC et du tour de taille aide aussi à prévenir les gains pondéraux importants et permet d'intervenir dès le début de la prise de poids ou de l'apparition de facteurs de risque ou de maladies⁵.

En plus de ces deux mesures, l'évaluation des risques pour la santé doit tenir compte des habitudes de vie de la personne (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation, abus d'alcool) et de la présence ou de l'absence de maladies concomitantes : hypertension, diabète de type 2, dyslipidémie, maladie coronarienne.

En avril 2005, compte tenu des risques accrus pour la santé liés au surplus de poids et des bienfaits qu'une faible perte de poids peut entraîner sur la diminution de ces risques, les experts du groupe de travail sur les Lignes directrices canadiennes sur la classification du poids chez l'adulte recommandaient d'effectuer une mesure de l'IMC et du tour de taille au moins tous les deux ans.

Pour sa part, le US Preventive Services Task Force (USPSTF) a recommandé, en 2003, la mesure de l'IMC chez tous les adultes comme mesure fiable pour repérer les personnes qui présentent un risque plus élevé de morbidité et de mortalité en lien avec l'embonpoint (de 25 kg/m² à 29,9 kg/m²) ou l'obésité (30 kg/m² et plus) (recommandation B*).

Faut-il faire maigrir toutes les personnes dont l'IMC est supérieur à 25 kg/m² ?

Selon les recommandations du GECSSP émises en 1999, la décision de conseiller une réduction pondérale devait tenir compte de la présence ou non de maladies liées au poids. À noter qu'au Canada, en 1999, l'embonpoint correspondait à un IMC de 25 kg/m² à 26,9 kg/m² et l'obésité à un IMC de 27 kg/m² et plus. En 2003, les catégories ont été redéfinies : l'embonpoint (ou excès de poids) se situe dans la fourchette de 25 kg/m² à 29,9 kg/m² et l'obésité est établie à partir de 30 kg/m².

IMC \geq 25 kg/m² et absence de maladies liées au poids

Selon les recommandations du GECSSP émises en 1999, les données sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller la réduction pondérale chez les adultes obèses (IMC de 27 kg/m² et plus) qui ne présentent pas de maladies liées au surplus de poids (diabète de type 2, hypertension, cardiopathie ischémique, hyperlipidémie, apnée du sommeil d'origine obstructive) (Recommandation C). Il n'y a pas de données probantes sur l'efficacité à long terme des

* Classification des recommandations selon le GECSSP : A) preuves suffisantes pour recommander la prise en compte de l'intervention dans un examen médical périodique (EMP) ; B) preuves acceptables permettant de recommander la prise en compte de l'intervention dans un EMP ; C) preuves contradictoires ne permettant pas de recommander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP, mais des recommandations peuvent être formulées pour d'autres motifs ; D) preuves acceptables pour recommander l'exclusion de l'intervention dans un EMP ; E) preuves suffisantes pour recommander l'exclusion de l'intervention dans un EMP ; I) preuves suffisantes pour demander l'inclusion ou l'exclusion de l'intervention dans un EMP.

méthodes de réduction du poids⁶. Chez ces personnes, des habitudes de vie saines (activité physique, bonne alimentation, non-tabagisme) doivent être encouragées dans une optique de prévention du gain de poids et des maladies associées.

Le USPSTF ne recommande pas d'encourager les adultes souffrant d'embonpoint (IMC de 25 kg/m² à 29,9 kg/m²) à réduire leur poids (Recommandation I). Il recommande, par contre, d'offrir un traitement soutenu à tous les adultes obèses (IMC de 30 kg/m² et plus) afin d'obtenir une perte de poids (Recommandation B)⁷. Les experts américains se fondent sur l'IMC pour leurs recommandations alors que les experts canadiens prennent en compte la présence ou l'absence d'autres facteurs de risque associés.

IMC $>$ 25 kg/m² et présence de maladies liées au poids

Dans le cas des adultes obèses présentant un IMC d'au moins 27 kg/m² et des problèmes de santé liés à leur poids, la perte pondérale est recommandée par le GECSSP, car elle peut atténuer les symptômes et réduire la nécessité d'avoir recours à des médicaments, à tout le moins à court terme (Recommandation B)⁸.

Le *tableau IV* résume les recommandations de 1999 du GECSSP. De nouvelles recommandations doivent être émises prochainement.

Qu'en est-il de M. Vadeboncoeur ?

L'ensemble des risques de maladies cardiovasculaires qu'il présente (IMC $>$ 30, tour de taille $>$ 102 cm, bilan lipidique anormal, pression artérielle et glycémie limites) justifie fortement d'envisager une perte de poids dans son cas.

Traitements recommandés et conditions gagnantes d'une bonne intervention

Avant d'entreprendre une démarche...

☉ Anamnèse relative au poids

Plusieurs facteurs doivent être évalués avant d'entraîner un patient dans un processus de perte de poids.

Dans le cas des adultes obèses présentant un IMC d'au moins 27 kg/m² et des problèmes de santé liés à leur poids, la perte pondérale est recommandée par le GECSSP, car elle peut atténuer les symptômes et réduire la nécessité d'avoir recours à des médicaments, à tout le moins à court terme.

Tableau IV**Recommandations du GECSSP sur le dépistage, la prévention et le traitement de l'obésité, 1999**

Population cible	Type d'intervention	Niveau de recommandation	Commentaires
Population adulte en général	Calcul de l'IMC	C En l'absence de preuves à l'appui de l'efficacité à long terme des méthodes de réduction pondérale, on ne dispose pas de preuves suffisantes pour recommander ou déconseiller le calcul de l'IMC dans le cadre de l'examen médical périodique.	L'IMC est une méthode fiable et valide d'évaluation de la masse lipidique corporelle et de diagnostic de l'obésité dans l'ensemble de la population adulte.
Adultes obèses souffrant d'une maladie liée à l'obésité*	Calcul de l'IMC	B On dispose de preuves acceptables permettant de recommander le calcul de l'IMC dans le cadre de l'examen médical périodique.	Une réduction pondérale devrait être envisagée si l'IMC est > 27 kg/m ² .
Prévention			
Prévention dans la collectivité	Programmes communautaires de prévention de l'obésité	C Les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller les programmes communautaires de prévention de l'obésité [†] .	Ces programmes ne se sont pas révélés efficaces comme moyens de promotion de la réduction pondérale. Des conclusions définitives touchant la prévention de l'obésité ne peuvent être tirées à cause des lacunes méthodologiques des études.
Traitement			
Adultes obèses qui ne souffrent pas d'une maladie liées à l'obésité*	Réduction pondérale (traitements diététique, pharmacologique, chirurgical ou comportemental)	C Les preuves sont insuffisantes pour recommander ou déconseiller la réduction pondérale.	La réduction pondérale n'est pas efficace à long terme. Des conclusions définitives touchant le traitement de l'obésité ne peuvent être tirées à cause des lacunes méthodologiques des études.
Adultes obèses souffrant d'une maladie liée à l'obésité*	Réduction pondérale (traitements diététique, pharmacologique, chirurgical ou comportemental)	B On dispose de preuves acceptables permettant de recommander la réduction pondérale.	La réduction pondérale, à tout le moins à court terme, peut atténuer les symptômes et réduire la nécessité d'avoir recours à un traitement pharmacologique pour des maladies connexes.

* Diabète, hypertension, cardiopathie ischémique, hyperlipidémie, apnée obstructive du sommeil.

† En raison des risques très importants pour la santé associés à l'obésité et de l'efficacité limitée à long terme des méthodes de réduction pondérale, la prévention de l'obésité devrait être une question prioritaire pour les prestataires de soins de santé.

Source : Douketis JD, Feightner JW, Attia J, Feldman WF. Periodic Health Examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. *CMAJ* 1999; 160 : 513-25. Reproduction autorisée. © 1999 CMA Media Inc.

Il faut l'interroger sur la durée de son surplus de poids, son gain de poids récent ou depuis l'enfance et sur les périodes particulières associées au gain de poids (puberté, grossesse, ménopause, andropause). Les antécédents d'obésité chez un parent ou les deux permettent de soupçonner la présence de facteurs génétiques et de remettre en question le mode de vie. Les expériences antérieures de perte de poids ainsi que les réussites et échecs passés peuvent aider à orienter le traitement.

Le diagnostic différentiel de problèmes associés à un surplus de poids est résumé dans l'encadré.

Le dépistage des troubles alimentaires est important. En présence de comportements inappropriés (consommation de grandes quantités d'aliments en peu de temps, sentiment de perdre la maîtrise, vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, estime de soi influencée par le poids), une approche spécifique est à privilégier. L'orientation vers des pro-

Encadré**Diagnostic différentiel du surplus de poids**

- ⊗ Prise de médicaments
 - ⊕ antidépresseurs tricycliques
 - ⊕ antipsychotiques
 - ⊕ stabilisateurs de l'humeur
 - ⊕ antiépileptiques
 - ⊕ corticoïdes
 - ⊕ antihistaminiques, etc.
- ⊗ Hypothyroïdie
- ⊗ Syndrome de Cushing (hypercortisolémie)
- ⊗ Hypogonadisme
- ⊗ Syndrome des ovaires polykystiques
- ⊗ Hypopituitarisme

Tableau V**Exemples d'une approche combinée visant un déficit de 500 calories****Exemple 1****Dépense énergétique**

30 minutes de marche rapide	- 150 calories
-----------------------------	----------------

Apport énergétique

1 canette de cola de moins	- 150 calories
3 biscuits de moins	- 200 calories

Total	- 500 calories
--------------	-----------------------

Exemple 2**Dépense énergétique**

45 minutes de natation	- 300 calories
------------------------	----------------

Apport énergétique

1 dessert de moins par jour	- 200 calories
-----------------------------	----------------

Total	- 500 calories
--------------	-----------------------

fessionnels spécialisés dans le traitement de ces problèmes est aussi recommandée.

- ⊗ **Contexte**

Les motivations réelles du patient (esthétique par rapport à santé), son niveau de stress et son état psychologique doivent aussi être pris en compte de même que son milieu familial et son environnement social. La personne doit bien comprendre le lien entre le poids et la santé et se sentir prête physiquement et mentalement à passer à l'action.

- ⊗ **Effets paradoxaux**

Entreprendre un programme de perte de poids peut nuire plus qu'aider. En effet, lorsqu'une perte pondérale se produit trop rapidement, la masse musculaire est souvent diminuée, ce qui entraîne une réduction du métabolisme basal. Il sera donc de plus en plus difficile de perdre du poids. Les échecs répétés entraînent souvent une baisse de confiance en soi et d'estime de soi. Les régimes alimentaires restrictifs peuvent conduire à des abus dès que la période de restrictions est terminée. Ils nuisent également à la perte de poids, car ils incitent les personnes à ignorer les signaux naturels de faim et de satiété. Ils peuvent aussi provoquer une préoccupation excessive par rapport au poids ou parfois même des troubles alimentaires (hyperphagie boulimique, obsession à l'égard du poids).

Conditions gagnantes d'une démarche saine

Si, à la lumière de l'évaluation des différentes variables, le patient a davantage à entreprendre une démarche pour perdre du poids et qu'il se sent prêt, le médecin doit préparer avec lui un plan d'action.

- ⊗ **Établir des objectifs réalistes**

Un IMC normal n'est pas un objectif réaliste pour tous les patients. Une diminution de 5 % à 10 % du poids initial est suffisante et entraîne des changements significatifs quant aux risques pour la santé. Lorsque ce but est atteint et maintenu pendant six mois, une réévaluation des facteurs de risque permet de voir si une perte de poids supplémentaire est souhaitable⁹. Une étude¹⁰ effectuée chez des femmes obèses a révélé que le poids « rêvé » qu'elles souhaitaient atteindre correspondait à une perte de 38 % de leur masse corporelle. Ces mêmes femmes seraient donc très déçues d'une perte de poids de 17 %.

- ⊗ **Encourager un rythme lent et régulier**

L'idéal est de limiter la perte à une ou deux livres par semaine, ce qui correspond à un déficit calorique de 500 kcal/j à 1000 kcal/j. Le *tableau V* fournit deux exemples de changements pouvant amener un déficit de 500 calories par jour. Le seul fait d'améliorer ses habitudes de vie est déjà un grand succès. Ainsi, si l'on détermine avec le patient que perdre vingt livres est un objectif réaliste, il faut prévoir au moins

cinq mois pour y arriver. Une fois l'objectif atteint, rien n'empêchera d'en établir un nouveau.

🌀 **Établir clairement le lien entre poids, habitudes de vie et santé**

L'objectif premier de la démarche est une réduction des risques pour la santé, en particulier des risques de maladies cardiovasculaires. Même si le poids visé n'est pas atteint, de meilleures habitudes de vie ont un effet positif sur la santé. Il faut donc amener le patient à faire des changements, si petits soient-ils, qu'il pourra maintenir longtemps. Pour certains, cesser de prendre du poids et maintenir le poids actuel peut être un objectif acceptable, surtout si la personne prend régulièrement du poids depuis quelques années.

Dans le cas de M. Vadeboncoeur, on insiste sur le fait qu'une perte de poids de 5 % à 10 % peut lui permettre de normaliser son bilan lipidique, de réduire sa pression artérielle et d'abaisser sa glycémie et aussi lui éviter la prise de médicaments visant à réduire son risque de maladies cardiovasculaires.

🌀 **Appuyer la réduction pondérale sur une approche multidisciplinaire à plusieurs volets**

Les études indiquent une plus grande réussite lorsque la démarche de réduction pondérale s'appuie sur plusieurs volets, dont les trois principaux sont :

- 🌀 un régime alimentaire réduit en calories ;
- 🌀 une augmentation de l'activité physique ;
- 🌀 une thérapie comportementale.

La pharmacothérapie et la chirurgie sont réservées à des cas plus graves. Diriger le patient vers des professionnels de la santé qui se spécialisent dans la perte de poids (nutritionniste, kinésologue, psychologue) permet d'accroître le taux de succès de la démarche.

Voyons quelles sont les recommandations des experts au sujet du traitement du surplus de poids.

Recommandations pour le traitement du surplus de poids chez l'adulte

En 1999, le GECSSP n'a pas émis de recommanda-

tions précises quant au type de mesures à utiliser dans la réduction pondérale à cause du manque de données probantes sur l'efficacité à long terme de chacune des méthodes étudiées (régime en association avec thérapie comportementale, counselling alimentaire ou programmes d'activité physique, médicaments anorexigènes, chirurgie bariatrique) (*tableau IV*).

En 2003, le USPSTF a émis des recommandations quant à l'approche clinique auprès des adultes obèses⁷. Les interventions les plus efficaces combinent l'information nutritionnelle, le counselling sur l'alimentation et l'activité physique ainsi que la thérapie comportementale. Cette approche permet d'amener le patient à prendre conscience de ses comportements en matière d'alimentation et d'activité physique, de les analyser et d'y apporter des modifications. Elle favorise l'apprentissage d'une bonne gestion du stress et de techniques de résolution de problèmes ainsi qu'un travail sur l'estime de soi. Elle aide le patient à acquérir de nouvelles habiletés, à augmenter sa motivation, à accroître le soutien dont il a besoin pour changer ses habitudes de vie et pour maintenir ses nouvelles habitudes.

L'approche des « 5A » (*assess, advise, agree, assist, arrange*), proposée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et dont nous avons déjà discuté dans un numéro précédent du *Médecin du Québec*^{11,12}, est un outil utile pour aider les médecins dans leurs interventions concernant la réduction pondérale¹³. Ces interventions doivent être maintenues sur une longue période pour favoriser le maintien de la perte de poids.

L'orientation vers d'autres professionnels ou vers des programmes est conseillée et peut être très bénéfique pour la plupart des patients. Seul le counselling intensif est reconnu comme efficace. Il est défini comme plus d'une rencontre par mois individuellement ou en groupe pendant au moins trois mois. L'intervention d'intensité moyenne correspond à une rencontre par mois. Sous ce seuil, l'intervention est qualifiée de faible intensité.

Les études indiquent une plus grande réussite lorsque la démarche de réduction pondérale s'appuie sur plusieurs volets, dont les trois principaux sont : un régime alimentaire réduit en calories, l'augmentation de l'activité physique et une thérapie comportementale.

Repère

Boîte à outils

Bouger plus

Chaque action compte !

Pour profiter des avantages « santé » que procure l'activité physique, nul besoin de se lancer dans un programme d'entraînement intensif. Bouger 30 minutes par jour à une intensité qui vous essouffle légèrement est un excellent objectif à viser pour commencer. Cela peut se faire en pratiquant un sport de son choix ou simplement en marchant d'un pas rapide et dynamique. Si l'activité est plus légère, comme c'est le cas pour une marche d'un pas normal ou des tâches ménagères accomplies avec vigueur, en faire pendant environ 60 minutes sera tout aussi avantageux pour la santé. Pour optimiser la perte de poids, on vise 60 minutes d'activité d'intensité modérée par jour.

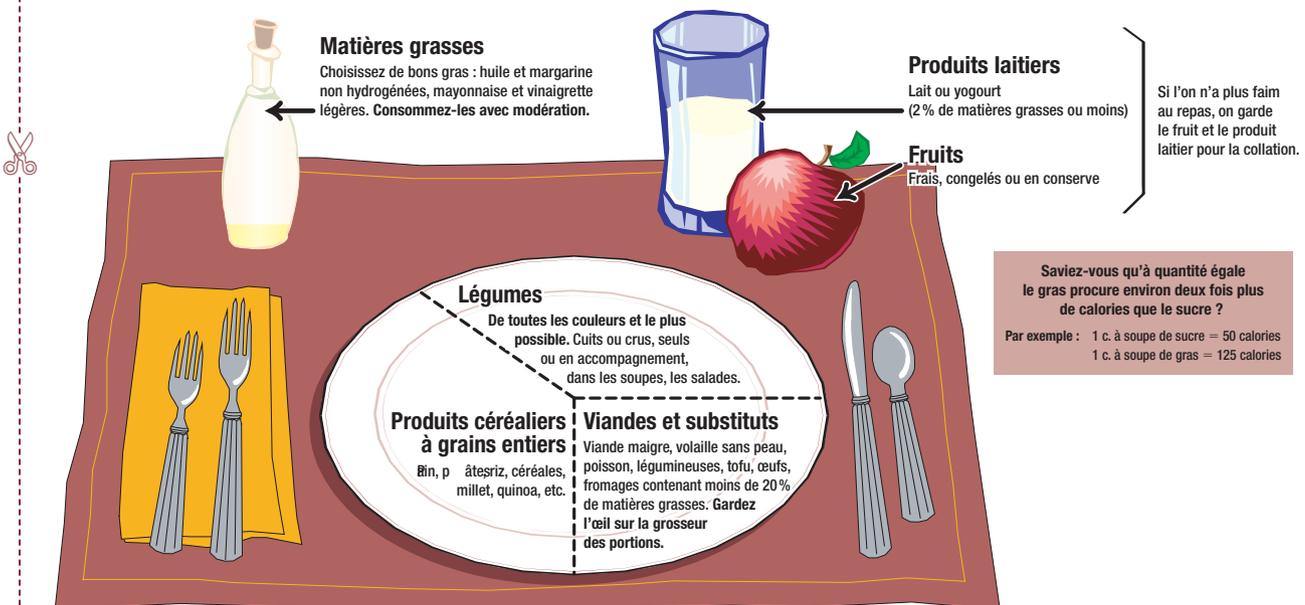
Important :

- ⊗ Pour augmenter votre niveau d'activité physique, allez-y à **votre rythme**. Respectez votre condition physique. Si vous souffrez d'une maladie, consultez votre médecin avant d'entreprendre un programme d'exercice plus intense.
- ⊗ Si vous n'avez pas de longues périodes à consacrer aux exercices chaque jour, fragmentez vos activités en blocs de 10 ou 15 minutes à la fois. Profitez de toutes les occasions pour vous mettre en mouvement dans le quotidien : faire le ménage, monter les escaliers au lieu de prendre l'ascenseur, stationner votre auto un peu plus loin pour marcher, etc. Un podomètre peut aider à évaluer les progrès accomplis sur une période donnée.
- ⊗ Choisissez des activités que vous aimez : le plaisir allume la motivation ! Du yoga au tango en passant par le patin à roulettes et le vélo, il y en a vraiment pour tous les goûts ! Trouvez des activités qui vous plaisent pour les différentes saisons.
- ⊗ Augmenter la masse musculaire accroît le métabolisme basal. Quelques séances hebdomadaires de renforcement musculaire associées à des marches quotidiennes composent un bon programme d'entraînement.
- ⊗ Si votre condition physique vous le permet, l'activité physique d'intensité modérée ou élevée présente deux avantages intéressants : le métabolisme du corps demeure élevé plusieurs heures après l'effort et l'apport alimentaire est plus faible en raison de la diminution de l'appétit.
- ⊗ Attention au piège : l'effet de la dépense énergétique d'une marche d'une heure peut facilement être annulé en consommant une gâterie sucrée en récompense !
- ⊗ Gardez une attitude positive même si vous avez des hauts et des bas dans la pratique.
- ⊗ Pour plus de détails, visitez la section *Relever le Défi* du site www.defisante530.com et le site www.kino-quebec.qc.ca

Manger autrement

Manger autrement, c'est choisir des aliments de bonne qualité dans les bonnes quantités.

- ⊗ **La qualité :** Choisir des fruits et des légumes frais ou surgelés, des produits céréaliers à grains entiers, des produits laitiers moins gras et des sources de protéines maigres (légumineuses, tofu, poissons, viande et volaille maigres). L'assiette ci-dessous présente les proportions que chaque groupe d'aliments devrait occuper dans l'assiette.



Boîte à outils

- 🌀 **La quantité :** 🌀 Prendre le temps de manger permet de retrouver les signaux de satiété et de faim et aide à consommer les bonnes quantités d'aliments.
- 🌀 Réapprendre à se servir des portions normales aide aussi à gérer la quantité d'aliments que l'on mange. Les images suivantes aident à mieux évaluer la grosseur d'une portion normale.



Portion
de produits céréaliers :
grosseur d'un poing



Portion de fruits
et de légumes :
grosseur d'un poing



Portion de viande :
grosseur de la paume
de la main



Portions de fromage :
grosseur
de deux doigts

- 🌀 Qu'il s'agisse d'un yogourt, de fraises, de fromage, d'une pointe de tarte au sucre ou de frites, prenez le temps de savourer les aliments que vous mangez. Ce sera plus satisfaisant, et vous en mangerez sans doute moins.
- 🌀 Mais peu importe les aliments choisis, ils ne devraient pas servir à gérer vos émotions, qu'elles soient positives ou négatives. Si vous mangez parce que vous êtes seuls et que vous vous ennuyez, parce que vous êtes stressé, excité ou en colère ou bien parce que tout le monde mange, il faudrait peut-être trouver d'autres stratégies pour gérer ces situations. En parler à une personne en qui vous avez confiance ou à un professionnel de la santé (psychologue, nutritionniste) peut vous aider dans votre démarche.

Pièges et solutions!

Pièges

L'auto, l'ascenseur et les escaliers mobiles nous volent de belles occasions de bouger au quotidien.

La télévision et l'ordinateur sont devenus nos loisirs préférés. Au Québec, nous passons en moyenne 25 heures devant la télé par semaine, sans compter les heures devant l'ordinateur.

Notre rythme de vie effréné se manifeste jusque dans notre façon de manger (plats cuisinés ou *fast-food*). Aussi, nous mangeons souvent trop vite et nous ne prenons pas le temps d'écouter nos signaux de faim et de satiété.

Nous mangeons souvent pour d'autres raisons que la faim, ce qui fait qu'on ignore les signaux de notre corps et qu'on mange au-delà de nos besoins.

Les portions sont de plus en plus grosses, surtout dans les restaurants. Pour quelques sous de plus, on nous offre de plus gros formats. Dans un restaurant buffet, on a l'impression d'en avoir plus pour son argent. Devant une portion plus grande, on mange jusqu'à 30 % de plus.

Les calories liquides sont consommées à profusion. Jus, boissons sucrées, boissons énergétiques, boissons alcoolisées, généralement grand format, sont souvent inclus dans les repas.

Solutions

- 🌀 Devenez « allergique » au « mécanique ». **Pour les sédentaires :** commencez par monter dans les escaliers mobiles, c'est encore plus rapide ! Dans l'ascenseur, descendez quelques étages plus tôt et montez le reste à pied. **Pour ceux qui cherchent un « plus » :** Prenez les escaliers.
- 🌀 À chaque fois que c'est possible, prenez le vélo ou les transports en commun ou encore faites vos emplettes à pied. Lorsque l'usage de la voiture est nécessaire, stationnez le plus loin possible de l'entrée.

- 🌀 Joignez l'utile à la santé et faites du ménage avec entrain.
- 🌀 Allez jouer dehors ou allez patiner avec les enfants ou entre amis.
- 🌀 Allez à la piscine.
- 🌀 Profitez d'une promenade pour redécouvrir les parcs près de chez vous.
- 🌀 Profitez des fins de semaine pour faire des sorties actives.
- 🌀 Soyez actifs même devant la télé : redressements assis, exercices avec des poids, vélo stationnaire, etc.

- 🌀 Prenez le temps de savourer les aliments.
- 🌀 Mangez plus lentement, vous pourrez ainsi mieux écouter vos signaux de faim et de satiété.

- 🌀 Évitez de manger lorsque vous n'avez pas faim ou plus faim.
- 🌀 Personne n'est obligé de finir son assiette.
- 🌀 Sachez reconnaître et écouter vos signaux de faim.

- 🌀 Commandez des demi-portions, partagez votre plat avec une autre personne, prenez une entrée au lieu d'un plat principal.
- 🌀 Évitez que les méga-portions deviennent la norme à la maison.
- 🌀 Lorsque la portion normale est trop grosse, rapportez les restes à la maison.
- 🌀 Dites « non ! » au grand format.
- 🌀 Posez-vous la question : « Ai-je réellement aussi faim ? »

- 🌀 Dans une formule « boisson incluse », optez pour des boissons non caloriques ou de l'eau.

Deux médicaments (orlistat [Xenical®] et sibutramine [Meridia®]), approuvés par Santé Canada pour la perte de poids, permettent d'obtenir une faible perte de poids qui peut être maintenue pendant deux ans. Les effets à long terme, bénéfiques ou néfastes, ne sont pas connus. Les médicaments ne devraient pas être utilisés seuls, mais dans le cadre d'un programme comprenant des modifications des habitudes de vie ainsi qu'un counselling intensif portant sur l'alimentation et sur l'activité physique associé à des interventions comportementales.

La chirurgie bariatrique devrait être réservée aux patients souffrant d'obésité de classe III (IMC ≥ 40 kg/m²) ou d'obésité de classe II (IMC de 35 kg/m² à 39,9 kg/m²) associée à au moins une maladie liée au poids. La mortalité postopératoire est d'environ 0,2 %. D'autres complications peuvent survenir : infections, carence vitaminique, diarrhée et hémorragie. Une évaluation psychologique des patients devrait précéder l'intervention chirurgicale.

La *boîte à outils* contient des messages clés pour la modification des habitudes de vie que le médecin peut transmettre aux patients.

LE SURPLUS DE POIDS représente un problème de santé important, notamment à cause de la prévalence du diabète de type 2 et des maladies cardiovasculaires qu'il entraîne. La génétique, la physiologie du maintien du poids et les facteurs environnementaux interagissent de façon complexe. Les traitements demeurent limités. Pour contrer la pandémie, des mesures doivent viser à la fois les personnes et leur milieu de vie. D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre davantage les mécanismes de maintien du poids et pour trouver des traitements plus spécifiques.

Dans cette démarche de perte pondérale, le poids de M. Vadeboncoeur nous préoccupe à cause des risques pour sa santé. L'amélioration d'une seule habitude de vie est toujours gagnante dans la prévention des maladies cardiovasculaires!

Date de réception : 10 novembre 2005

Date d'acceptation : 6 décembre 2005

Mots clés : embonpoint, excès de poids, obésité, surplus de poids, dépistage, traitement, habitudes de vie

La Dr^e Huguette Bélanger et M^{me} Dominique Claveau n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Peeters A et coll., NEDCOM (Netherlands Epidemiology and Demography Compression of Morbidity Research Group) Obesity in Adulthood and Its

Summary

Excess weight: a king-size problem? Overweight and obesity are considered major risk factors for cardiovascular diseases, type 2 diabetes, sleep apnea, osteoarthritis, gallbladder disease and psychosocial disorders. The indication for screening with BMI and waist circumference are discussed. Treatment recommendations are reviewed and a brief overview is done on the various treatment options such as lifestyle habit modifications, behavioural therapy, pharmacotherapy and surgical measures.

Keywords: overweight, excess weight, obesity, screening, treatment, lifestyle habits

Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. *Ann Intern Med* 2003; 138 (1) : 24-32.

2. Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez l'adulte. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/weight_book-livres_des_poids_f.pdf (Page consultée le 6 novembre 2005).
3. Després JP. Conséquences de l'obésité pour la santé : une tragédie nationale, dans un dialogue national sur le poids-santé. Sommaire des délibérations. 2001. Site Internet : www.cihir-irsc.gc.ca/fj/documents/healthy_body_weight_f.pdf (Page consultée en septembre 2005).
4. Dagenais GR et coll. Increased occurrence of diabetes in people with ischemic cardiovascular disease and general and abdominal obesity. *Can J Cardiol* 2003; 19 (12) : 1387-91.
5. Douketis JD, Paradis G, Keller H, Martineau C. Canadian guidelines for body weight classification in adults: application in clinical practice to screen for overweight and obesity and to assess disease risk. *CMAJ* 2005; 172 (8) : 995-8.
6. Douketis JD, Feightner JW, Attia J, Feldman WF. Periodic Health Examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. *CMAJ* 1999; 160 : 513-25.
7. US Preventive Services Task Force. *Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality. 2003. Site Internet : www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obeserr.htm (Page consultée le 22 octobre 2005).
8. GECSSP. www.ctfphc.org/French_text/Obesity_tab_fr.html London : le Groupe d'étude (Page consultée le 22 septembre 2005).
9. National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI Obesity Education Initiative, North American Association for the Study of Obesity. *The practical guide. Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. NIH Publication. Octobre 2000, numéro 00-4084.
10. Foster GD, Wadden TA, Vogt RA, Brewer G. What is a reasonable weight loss? Patients' expectations and evaluations of obesity treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65 (1) : 79-85.
11. Clapperton I. La prévention pratique-pratique. *Le Médecin du Québec* 2005; 40 (5) : 35.
12. Groulx S. La prévention chez l'adulte – Une occasion à saisir au vol! *Le Médecin du Québec* 2005; 40 (5) : 72.
13. Elford RW, MacMillan HL, Wathen CN en collaboration avec le Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Counseling for risky health habits: A conceptual framework for primary care practitioners*. London : Canadian Task Force on Preventive Health Care. Technical Report #01-7. Novembre 2001.
14. Rossner S. Prédicteurs de réussite pour la perte de poids à long terme. Dans : *Un dialogue national sur le poids santé. Sommaire des délibérations*. 2001. pp.12-3.