

Le disque de calcul de l'indice de masse corporelle chez l'adulte

Programme National
Nutrition Santé



❖ Un élément de base de l'évaluation du statut nutritionnel des patients

Le calcul de l'IMC, un geste à intégrer dans l'examen clinique initial de tous les patients et à répéter régulièrement

Evaluer l'état nutritionnel est un élément clé de la prévention et de la prise en charge de nombreuses pathologies.

L'indice de corpulence, souvent appelé "indice de masse corporelle" ou "IMC"¹, permet de définir le statut pondéral. C'est donc un paramètre essentiel de l'évaluation de l'état nutritionnel.

Il permet de reconnaître la dénutrition comme l'obésité.

Son calcul fait partie de l'évaluation de l'état de santé au même titre que la prise de pression artérielle.

L'IMC est le rapport du poids (kg) sur la taille au carré (m²) : $IMC = \frac{\text{poids (kg)}}{\text{taille}^2 \text{ (m)}}$

Exemple : un sujet de 70 kg pour 1,75 m a un IMC de $70 / (1,75)^2 = 22,9$

¹Egalement appelé Indice de Quételet ou indice de corpulence ou body mass index (BMI) en anglais

Le disque IMC : un outil de calcul simple et rapide

Le disque ci-joint permet de calculer rapidement l'IMC de chaque patient (il ne peut être aussi précis qu'un calcul fait au moyen d'une calculatrice). Cet outil a été validé par les instances internationales et notamment l'OMS.



Prérequis :
Mesurer et peser le patient sans chaussures et en tenue légère. La taille de la carte d'identité peut éventuellement être utilisée.
La validité de l'IMC dépend de celle des mesures.

Auprès de qui utiliser le disque ?

Ce disque est destiné à calculer l'IMC des adultes. Il n'est pas adapté à l'évaluation de l'état nutritionnel :

- ▶ de la femme enceinte,
- ▶ des sujets âgés, pour lesquels une adaptation des mesures est nécessaire et dont les normes sont différentes,
- ▶ des enfants : il existe pour eux un disque spécifique car l'IMC évolue au cours de la croissance et s'interprète à l'aide de courbes de corpulence en fonction de l'âge.

Attention !

- ▶ Une déshydratation fait diminuer l'IMC et des œdèmes ou une ascite l'augmentent.
- ▶ Chez les sujets particulièrement musclés (les sportifs), l'IMC peut être élevé sans obésité.

Définition du statut pondéral

Classification	IMC
Dénutrition	
Grade V	< 10,0
Grade IV	10,0 - 12,9
Grade III	13,0 - 15,9
Grade II	16,0 - 16,9
Grade I ou insuffisance pondérale	17,0 - 18,5
Valeurs de référence	18,5 - 24,9
Surpoids	25,0 - 29,9
Obésité	≥ 30,0
Grade I	30,0 - 34,9
Grade II	35,0 - 39,9
Grade III	40,0

Interprétation des résultats

- Un IMC "hors normes" est un signal d'alerte incitant à une évaluation nutritionnelle plus détaillée.
- Il est nécessaire de tenir compte de l'évolution de l'IMC dans le temps : une diminution rapide du poids ou de l'IMC est un élément majeur d'évaluation du statut nutritionnel. Il convient donc de répéter les mesures à chaque examen clinique.
- Le calcul de l'IMC n'est qu'un élément de l'évaluation nutritionnelle qui inclut l'examen clinique, la prise en compte du contexte et, si nécessaire, l'évaluation quantitative et qualitative des apports caloriques et de la dépense énergétique ainsi que la recherche d'une pathologie associée.

Dénutrition

Elle est caractérisée par une perte de masse maigre et de masse grasse : plus la dénutrition est importante, plus l'IMC est bas.

- Un IMC très faible suffit au diagnostic de dénutrition : **IMC < 18,5 = dénutrition**.
- L'évolution du poids est un élément essentiel du diagnostic de dénutrition : une perte de 2 % du poids en une semaine, de 5 % en un mois, de 10 % en six mois doit être considérée comme pathologique.
- Un IMC normal ou élevé n'exclut pas une dénutrition : une perte de poids spontanée peut traduire une dénutrition quel que soit l'IMC.
- L'IMC est un élément du diagnostic de dénutrition mais ce n'est pas le seul. La perte de poids peut être masquée par des œdèmes (à rechercher cliniquement).

Obésité

- L'IMC suffit au diagnostic d'obésité : **IMC > 30 = obésité**.
- Indépendamment du niveau d'IMC, on parle d'obésité abdominale chez les sujets qui ont accumulé du tissu graisseux au niveau de l'abdomen : ceci se traduit par un tour de taille élevé, supérieur à 100 cm chez l'homme et 90 cm chez la femme. L'adiposité abdominale est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires.

Le calcul de l'IMC, un élément de repère et de quantification, mais aussi de prise de conscience par le patient et de motivation.

Le calcul de l'IMC est un geste médical de routine comme la prise de pression artérielle. Il doit être intégré dans l'examen clinique de tous les patients.

Un élément de repère, d'information ou de réponse

<i>Patiente d'une trentaine d'années qui a entendu parler de l'IMC par les médias et qui s'inquiète de savoir si elle est ou non dans la norme.</i>	L'IMC permet de la renseigner de façon visuelle, clairement et simplement, et, si elle souhaite en parler, d'ouvrir le dialogue sur son alimentation et son activité physique.
<i>Patient demandant en toute fin de consultation : "et mon poids docteur ?".</i>	L'IMC permet de répondre à cette demande par un élément concret et rapide de diagnostic. Un rendez-vous ultérieur peut être proposé pour approfondir cette question et engager une discussion sur son comportement alimentaire et son mode de vie.
<i>Patiente de 21 ans, mince, présentant un poids proche de la norme inférieure (IMC passé de 20 à 19 en quelques semaines), voulant encore maigrir pour "ressembler à un top-modèle" et souhaitant y être aidée.</i>	L'IMC permet d'apporter un élément de repère clair, concret et objectif et d'alerter la patiente sur les risques encourus pour sa santé si les restrictions alimentaires se poursuivent. Cela peut aider à amorcer une discussion sur ce qui sous-tend son désir de perte de poids.

Un élément facilitant l'identification d'une dénutrition

<i>Patients souffrant de cancer, d'infection ou d'autres pathologies chroniques lourdes entraînant de nombreuses perturbations physiques plus ou moins graves.</i>	Calculer régulièrement l'IMC permet de situer le risque de dénutrition.
<i>Patient alcoololo-tabagique maigre.</i>	L'IMC peut permettre une prise de conscience par le patient des troubles nutritionnels engendrés par l'alcoolisme, et le motiver à une prise en charge.

Un élément de motivation pour le patient en surpoids ou obèse

<i>Patiente de 35 ans, plutôt sédentaire, conscient d'être en surpoids (IMC = 29) et ayant une dyslipidémie.</i>	Dans ces différentes situations, visualiser et expliquer l'excès de poids au patient à l'aide du disque permet de justifier un projet thérapeutique , pour réduire les facteurs de risque et les désordres métaboliques, et donne l'occasion d'ouvrir le dialogue au sujet : <ul style="list-style-type: none">• de son alimentation, en faisant le point sur ses habitudes alimentaires, son rapport à l'alimentation, sa culture culinaire,<ul style="list-style-type: none">▶ pour bien évaluer ses apports et ses dépenses et pour identifier les principaux déterminants de son comportement alimentaire,• de son environnement, son contexte familial et professionnel,• de son activité physique,<ul style="list-style-type: none">▶ afin de trouver des solutions adaptées à son mode de vie pour accroître son activité et modifier son alimentation.
<i>Patiente de 57 ans, présentant une obésité de grade 2 (IMC = 36), une hypercholestérolémie, une hypertriglycéridémie, et avec des antécédents de nécrose myocardite découverte.</i>	
<i>Patiente de 53 ans présentant une obésité de grade I (IMC = 32) et un DNID.</i>	
<i>Patiente demandant une prescription de médicaments pour perdre du poids (ex. anorexigènes).</i>	L'IMC permet de quantifier le degré d'obésité de la patiente et d'expliquer la nécessité d'une prise en charge globale dans laquelle le recours à une prescription médicamenteuse répond à des recommandations précises (cf. recommandations de l'ANAES).

Le calcul de l'IMC, avant tout un outil de dialogue avec le patient

Qu'il s'agisse d'une situation de dénutrition ou d'obésité, le problème de poids ou de statut nutritionnel, donc indirectement d'alimentation, est lié à une multitude de facteurs liés aux habitudes de vie et à l'environnement. Le patient peut alors se sentir jugé ou bien craindre une réaction trop dogmatique du médecin.

Dans certains cas, par exemple ceux dans lesquels le patient est confronté à l'une des situations suivantes :

- ▶ il rejette complètement son problème de poids,
- ▶ il éprouve un fort sentiment de culpabilité quant à son poids,
- ▶ il est, ou a été, anorexique ou boulimique,
- ▶ il présente depuis longtemps une obésité massive dont il est tout à fait conscient et il a été confronté à plusieurs reprises à un échec de la prise en charge,
- ▶ il exprime une demande de prise en charge "miracle" de son problème de poids,
- ▶ elle est inquiète de ne pas avoir retrouvé son poids initial deux mois après son accouchement,

On peut s'interroger :

Le patient a-t-il envie qu'on lui parle de son poids ? Le poids est-il bien le problème principal ? L'utilisation du disque ne risque-t-elle pas d'être culpabilisante, de répondre à une fausse demande ou encore de renforcer le déni (anorexie...) ?

Il est donc important :

- ▶ de veiller à ne pas utiliser le disque comme une fin en soi, en donnant uniquement un chiffre risquant alors de ressembler à un verdict : "vous êtes trop gros/trop maigre".
- ▶ d'utiliser le disque pour amorcer le dialogue avec le patient (sur son mode de vie, son comportement alimentaire), en veillant à ne pas le culpabiliser, le choquer ou le stigmatiser, afin de repérer les problèmes auxquels son statut nutritionnel peut être lié.

Que faire ensuite ?

◆ Dans la plupart des cas : un conseil nutritionnel individualisé

- ▶ S'adapter aux habitudes et à l'environnement familial et social du patient pour :
 - trouver les moyens d'accroître son activité physique au quotidien,
 - fournir des conseils nutritionnels adaptés.
- ▶ Se reporter aux recommandations du Programme national nutrition santé : affiche des repères de consommation ci-jointe et guides alimentaires² édités fin 2002 :
 - le guide grand public *La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous*² peut être remis au patient.
 - le *Document d'accompagnement du guide alimentaire pour tous destiné aux professionnels de santé*² présente les connaissances scientifiques à la base des recommandations du PNNS et des éléments de réponses au patient, pour aborder avec les patients les questions liées à la nutrition.

◆ Pour les patients présentant un IMC dans la zone de dénutrition

- ▶ Compléter le diagnostic de dénutrition par :
 - l'anamnèse d'une perte de poids récente ou semi-récente,
 - la recherche systématique d'une pathologie sous-jacente par l'interrogatoire et l'examen clinique,
 - l'analyse du contexte psychologique et social, fondamentale car elle peut détecter un trouble du comportement alimentaire et/ou une situation de précarité sociale qui expliqueraient la dénutrition ; ce sont deux situations que le patient peut chercher à cacher, et qui sont donc souvent malaisées à reconnaître.Pour approfondir ce dépistage initial, un dosage de l'albumine plasmatique permet de préciser l'importance de la dénutrition protéique sous-jacente. Les outils de dépistage³ proposés par la DHOS dans le cadre du PNNS peuvent également être utilisés.

◆ Pour les patients obèses

- ▶ Se reporter aux recommandations de l'ANAES pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités⁴ :
 - Prise en charge globale (traitement des complications, prise en compte des dimensions psychologiques et sociales), aux objectifs pondéraux réalistes, individualisés et durables.
 - Moyens reposant sur une combinaison de mesures :
 - la réduction de la sédentarité,
 - l'augmentation de l'activité physique,
 - un suivi alimentaire, construit à partir des habitudes du patient et visant à réduire les apports caloriques sans restriction trop sévère,
 - éventuellement, un soutien psychologique,
 - la surveillance médicale,
 - le traitement pharmacologique des comorbidités,
 - dans certains cas, la chirurgie : intervention visant à favoriser la perte de poids (mesure exceptionnelle).L'obésité morbide ou massive (IMC > 40 kg/m²) relève d'une prise en charge spécialisée en collaboration avec le médecin traitant.

Pour en savoir plus

Prise en charge de l'obésité de l'adulte

- *Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité*. Cah. nutr. diét. 1998, 33. (suppl.1) :1-48. En ligne sur le site d'AFERO et de l'ALFEDIAM.

Prise en charge de la dénutrition de l'adulte

- Melchior J-C. *Dénutrition et malnutritions*. In *Traité de nutrition clinique de l'adulte*. Basdevant A., Laville M., Lerebours E. Flammarion, 2001, Paris : 381-92.
- Dossier dénutrition. Rev. prat. 2003 ; 53(3) : 245-95.

Sites internet

- www.sante.gouv.fr thème "Nutrition"
- www.inpes.sante.fr
- www.lasantevientenmangeant.inpes.sante.fr
- www.alfediam.org
- www.afero.asso.fr
- disc.vjf.inserm.fr:2010/basisrapports/carences.html

²Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, AFSSA, InVS, CNAMTS, INPES, Editions INPES, septembre 2002. Ces documents sont disponibles par commande auprès de l'INPES, service diffusion, www.inpes.sante.fr et sont téléchargeables sur ce même site.

³Dépistage de la nutrition et de son risque dans les établissements de santé. *Outils et Modes d'emploi pour adultes en cours séjour et soins de suite, adultes en soins intensifs ou réanimation, adultes de plus de 75 ans en gériatrie ou institution, pédiatrie ; PNNS, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, DHOS, Paris, 2003.* En ligne sur le site www.sante.gouv.fr, thème "Nutrition".

⁴Les "Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités" ont été réalisées conjointement par l'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité (AFERO), la Société de Nutrition et Diététique de Langue Française (SNDLF) et l'Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies métaboliques (Alfediam). Ces recommandations ont reçu secondairement le label de l'ANAES pour leur méthodologie. En ligne sur le site de l'AFERO : www.afero.asso.fr/pages/recommandationstxt.html