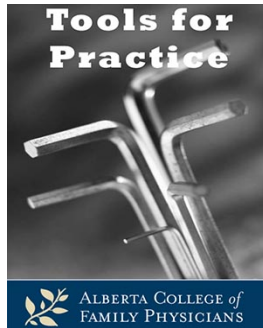


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de cinquante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

11 mai 2015



L'essentiel sur l'IMC et la mortalité

Question clinique : Quelle est l'association entre l'indice de masse corporelle (IMC) et la mortalité?

Conclusion : Un IMC correspondant à un poids normal (20 à 25) ou à une surcharge pondérale (25 à 30) comporte le risque le plus faible de mortalité, l'indice d'environ 25 semblant être associé au risque le plus faible (environ 27,5 chez les personnes âgées). La mortalité augmente lorsque l'IMC est inférieur à « faible ou normal » (inférieur à 20) ou lorsqu'il correspond à l'obésité (IMC de 30 ou plus), c'est-à-dire que le taux de mortalité est plus élevé aux extrêmes.

Données probantes

- Huit revues systématiques et plus portant sur des études observationnelles menées dans la population générale ont évalué la mortalité toutes causes confondues à divers intervalles de l'IMC¹⁻¹⁰. Nous mettons l'accent sur les plus importantes et les plus récentes :
 - Plupart des études¹ (97 études, 2,88 millions de sujets) – risques relatifs (RR) comparativement à un IMC normal (18,5 à 24,9) :
 - Surcharge pondérale (IMC de 25 à 29,9) : RR=0,94.
 - Obésité grade I (IMC de 30 à 35) : RR=0,95.
 - Obésité grade II ou plus (IMC de plus de 35) : RR=1,29.
 - Plupart des sujets² (huit études, 5,8 millions de sujets) – rapport de risques (RR) pour les hommes comparativement à un IMC normal ou élevé (de 22,5 à 25) :
 - Faible (IMC inférieur à 18,5) : RR=1,88.
 - Faible ou normal (IMC de 18,5 à 20) : RR=1,39.
 - Moyennement normal (IMC de 20 à 22,5) : RR=1,15.
 - Élevé ou normal (IMC de 22,5 à 25) : RR=1,00.
 - Faible surcharge pondérale (IMC de 25 à 27,5) : RR=0,97.
 - Forte surcharge pondérale (IMC de 27,5 à 30) : RR=1,04.
 - Obésité grade I (IMC de 30 à 35) : RR=1,18.

- Troisième revue³ (19 études, 1,46 million de sujets) en ordre d'importance – rapport de risques (RR) pour les femmes comparativement à un IMC de 22,5 à 24,9 :
 - IMC de moins de 18,5 à 20 : Mortalité accrue (RR=1,25).
 - IMC de 20 à 27,4 : Risque très semblable à tous les intervalles (RR=1,03-1,05).
 - IMC de plus de 27,5 : Augmentation de la mortalité en fonction de l'IMC. Par exemple :
 - IMC de 27,5 à 30 : RR=1,14.
 - IMC de 40 à 50 : RR=2,13.
- D'autres ont constaté des résultats semblables⁴⁻⁸.
- Méta-analyse portant sur des populations particulières :
 - Diabète⁹ : Risques semblables à ceux qui ont été présentés plus haut.
 - Aînés (65 ans et plus)^{1,10,11} : Risque moins faible pour la surcharge pondérale (l'IMC optimal se situe à environ 27,5)¹⁰.
 - Maladie cardiovasculaire¹²⁻¹⁵, maladie pulmonaire obstructive chronique¹⁶ ou hémodialyse¹⁷ pré-existante : La surcharge pondérale et l'obésité grade I comportent un risque semblable¹² ou réduit¹³⁻¹⁷ relativement à un IMC correspondant à un poids normal.

Contexte

- Les intervalles de confiance ne sont pas présentés ci-dessus. Les tendances en matière de risque fournissent plus d'information. Le risque le plus élevé correspond aux extrêmes de l'IMC, tandis que le risque le plus faible correspond à un indice d'environ 25 (27,5 chez les personnes âgées). Des différences minimales du risque relatif ou du rapport de risques d'environ 1 (p. ex. 0,9 à 1,1) ont probablement peu d'importance clinique.
- Les études observationnelles ne peuvent pas démontrer le lien de causalité.
- L'IMC indique le poids par rapport à la taille : le poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) au carré. L'IMC n'indique pas le niveau de conditionnement physique¹⁸.
- Les lignes directrices recommandent d'utiliser l'IMC pour évaluer l'obésité et l'intervention chez les personnes obèses ou ayant une surcharge pondérale^{19,20}.

Auteurs

Braiden Hellec, B. Sc. (pharmacie), et G. Michael Allan, M.D., CCMF

Divulgateion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, *et al.*, JAMA, 2013, 309(1) : 71-82.
2. Flegal KM, Kit BK, Graubard BI, Am J Epidemiol, 2014, 180(3) : 288-296.
3. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, *et al.*, N Eng J Med, 2010, 363(23) : 2211-2219.
4. Prospective Studies Collaboration, Lancet, 2009, 373(9669) : 1083-1096.
5. McGee DL, Diverse Populations Collaboration, Ann Epidemiol, 2005, 15 : 87-97.
6. Lenz M, Richter T, Mühlhauser I, Dtsch Arztebl Int, 2009, 106(40) : 641-648.
7. Janssen I, Mark AE, Obes Rev, 2007, 8(1) : 41-59.
8. Troiano RP, Frongillo EA Jr, Sobal J, *et al.*, Int J Obes Relat Metab Disord, 1996, 20(1) : 63-75.
9. Tobias DK, Pan A, Jackson CL, *et al.*, N Engl J Med, 2014, 370(3) : 233-244.
10. Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, *et al.*, Am J Clin Nutr, 2014, 99 : 875-890.

11. Donini LM, Savina C, Gennaro E, *et al.*, J Nutr Health Aging, 2012, 16(1) : 89-98.
12. Romero-Corral A, Montori VM, Somers VK, *et al.*, Lancet, 2006, 364 : 666-678.
13. Oreopoulos A, Padwal R, Kalantar-Zadeh K, *et al.*, Am Heart J, 2008, 156 : 13-22.
14. Padwal R, McAlister FA, McMurray JJV, *et al.*, Int J Obes, 2014, 38(8) : 1110-1114.
15. Sharma A, Valakati A, Einstien AJ, *et al.*, Mayo Clin Proc, 2014, 89(8) : 1080-1100.
16. Cao C, Wang R, Wang J, *et al.*, PLoS ONE, 2012, e43892.
17. Jialin W, Yi Z, Weijie Y, Nephron Clin Pract, 2012, 121(3-4) : c102-c111.
18. Goyal A, Nimmakayala KR, Zonszein J, Cardiol Review, 2014, 22 : 163-170.
19. Brauer P, Connor Grober S, Shaw E, *et al.*, CMAJ, 2015, 187(3) : 184-195.
20. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, *et al.*, Circulation, 2014, 129(25 Suppl 2) : S102-S138.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique.

L'ACFP appuie la publication et la diffusion des articles de la bibliothèque Tools for Practice depuis 2009. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Les articles archivés sont disponibles sans frais supplémentaires sur le [site Web de l'ACFP](#).

Vous pouvez maintenant accumuler des crédits sur le site Tools for Practice! En août 2014, l'ACFP a lancé [GoMainpro, un outil d'agrément en ligne](#) destiné à faciliter l'agrément MAINPRO® de la bibliothèque Tools for Practice de l'ACFP, qui a été agréée par le Collège des médecins de famille du Canada pour les crédits Mainpro-M1. La combinaison du programme d'entrée directe du Collège des médecins de famille du Canada et des caractéristiques de suivi et d'établissement de rapports de GoMainpro fournit un moyen facile et commode d'accumuler les crédits Mainpro-M1.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.