



## Les «dysnutritions» dans les pays en développement

Le commentaire du D<sup>r</sup> Pulfrey<sup>1</sup> sur la malnutrition grave est particulièrement pertinent. Rappelons aussi que si la malnutrition modérée est moins dramatique, elle n'en est pas moins un important facteur de surmortalité infantile dans les pays en développement (PED)<sup>2</sup>, où elle affecte environ 20 % des enfants de moins de 5 ans.

Le D<sup>r</sup> Pulfrey a raison de souligner le contraste entre l'obésité qui préoccupe nos sociétés privilégiées et la faim et la malnutrition qui affectent les PED. Une nuance est toutefois nécessaire, car il y a aussi de plus en plus d'obésité dans les PED, alors que la faim et la malnutrition ne reculent que lentement. Le terme de «dysnutrition» peut désigner ces deux formes de malnutrition en apparence opposées, mais qui coexistent dans les PED. Ce double fardeau nutritionnel pèse lourd pour les sociétés. On estime à 300 millions le nombre d'obèses dans les PED, contre 800 millions de sous-alimentés.

L'obésité est associée à la pauvreté dans les pays riches, alors qu'elle est encore un signe d'opulence dans plusieurs PED. Toutefois, avec le développement économique, l'obésité s'accroît dans les couches pauvres, alors qu'elle tend à diminuer chez les privilégiés<sup>3</sup>. En outre, on trouve de plus en plus d'obésité dans les populations urbaines, même pauvres, entre autres sous l'effet de l'urbanisation et de la mondialisation. L'obésité n'est plus une maladie de riches et les PED doivent non seulement

lutter contre la malnutrition infantile, mais en même temps prévenir l'obésité et les co-morbidités qui engorgent les systèmes de santé. Cette prévention s'impose d'autant plus que la malnutrition tôt dans la vie augmente encore les risques ultérieurs de maladies chroniques métaboliques lorsque l'environnement devient «obésogène»<sup>4</sup>.

**Hélène Delisle  
Olivier Receveur**

Centre collaborateur de l'OMS  
sur la transition nutritionnelle  
et le développement  
Département de nutrition  
Faculté de médecine  
Université de Montréal  
Montréal, Que.

### RÉFÉRENCES

1. Pulfrey S. Malnutrition: a silent emergency. *CMAJ* 2006;174(13):1837-8.
2. Pelletier DL, Frongillo EA, Habicht JP. Epidemiologic evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality. *Am J Pub Health* 1993;83(8):1130-3.
3. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, et al. Socio-economic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bull WHO* 2004; 82:940-6.
4. Delisle H, Ghadirian P, Shatenstein B, et al. Early nutritional influences on obesity, diabetes and cardiovascular disease risk. International Workshop, Université de Montréal, June 6-9, 2004. Evidence and implications for research and action — a summary. *Maternal Child Nutr* 2005;1:216-22.

DOI:10.1503/cmaj.1060192

## Obesity registers

Given the health risks associated with obesity, especially the increased potential for cardiovascular disease and type 2 diabetes, we should consider obesity to be a chronic disease and should treat it as such. Many Canadian family physicians have already set up chronic disease registers; an obesity register could be set up without too much difficulty in every practice that has an electronic medical record system.

In the United Kingdom, general practitioners are being taught how to set up obesity registers in their own practices (for patients over 16 years of age

who have had a body mass index greater than 30 kg/m<sup>2</sup> for 15 months) and receive remuneration for doing so.<sup>1,2</sup> Canada could learn from this initiative.

However, it is debatable whether an obesity register should be based upon the body mass index or upon the ratio of waist and hip circumference. The former is simple to calculate from height and weight measurements, which can quickly be taken by an office assistant or nurse. The waist and hip circumferences require accurate measurements at precise locations. Most people know their height and weight but not their waist and hip circumferences. However, the ratio of waist and hip circumference is the strongest predictor of future cardiovascular disease.<sup>3</sup>

There has been little primary care research focusing on identifying and managing the care of obese Canadian.<sup>4</sup> Encouraging family physicians to keep obesity registers would initiate a process whereby patients could be identified for practical assistance and future studies. The primary care community needs to start formalizing a process for setting up obesity registers in family practices, before the problem starts to outweigh the solution.

**Gina Agarwal**

Assistant Professor  
Department of Family Medicine  
Canadian Diabetes Association  
Post Doctoral Fellow  
McMaster University  
Hamilton, Ont.

### REFERENCES

1. Haslam D. Weighing up the danger: obesity in the context of cardiovascular risk. *The New Generalist* 2006;4:21-2.
2. *New GP contract Q&O framework implementation: dataset and business rules. Obesity indicator set.* London (UK): Department of Health. Available: www.pcc.nhs.uk/uploads/QOF/business\_rules\_june\_06/obesity\_ruleset\_r4\_v8.5.pdf (accessed 14 Nov 2006).
3. Merchant A, Yusuf S, Sharma AM. A cardiologist's guide to waist management. *Heart* 2006;92:865-6.
4. Sokar-Todd HB, Sharma AM. Obesity research in Canada: literature overview of the last 3 decades. *Obes Res* 2004;12:1547-53.

DOI:10.1503/cmaj.106016