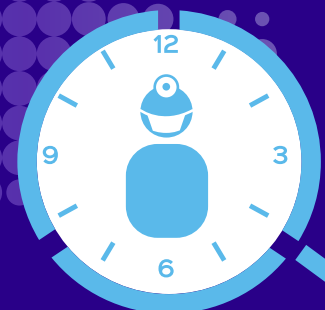


BULLETIN SUR
L'ACCÈS

**DES ADULTES
AU TRAITEMENT
DE L'OBÉSITÉ
AU CANADA
(2019)**

obesitycanada.ca/bulletin



Avertissement

Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, stockée dans un système d'archivage ou transmise, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit – électronique, mécanique, photographique, enregistrement ou autre –, sans le consentement écrit d'Obesity Canada-Obésité Canada. Ce document est publié étant entendu que l'éditeur, les auteurs et les autres personnes qui ont participé à sa réalisation ne pourront en aucun cas être tenus responsables de l'exactitude ou de l'actualité du contenu, du résultat de toute action entreprise en fonction des renseignements qu'elle contient ou de toutes erreurs ou omissions. Nul lecteur ne devrait en aucun cas agir sur la base de tout contenu de la publication sans avoir obtenu au préalable un avis professionnel approprié. L'éditeur, les auteurs et les autres personnes ayant participé à la réalisation de cette publication déclinent toute responsabilité résultant d'idées, produits ou pratiques mentionnés dans le texte et se dégagent de toute responsabilité envers toute personne, qu'elle ait ou non acheté cette publication, en ce qui concerne toute perte ou tout dommage dus à des erreurs ou des omissions, et relativement à tout ce que cette personne aurait fait ou omis de faire en s'appuyant sur le contenu de cette publication, ainsi qu'à toutes les conséquences de ces actes.

Certaines parties de ce document sont basées sur des données et des informations fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé. Toutefois, les analyses, les conclusions, les opinions et les déclarations exprimées dans la présente publication sont celles de l'auteur et pas nécessairement celles de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Comment citer ce document :

Obesity Canada-Obésité Canada. *Bulletin sur l'accès des adultes au traitement de l'obésité au Canada (2019)*. Edmonton, AB : avril 2019.

Principal auteur-ressource :

Mayank Rehani, M. Sc.
Obesity Canada-Obésité Canada
2-126 Li Ka Shing Centre for Health Research Innovation,
University of Alberta,
8602-112 Street, Edmonton, AB T6G 2E1
Courriel : rehani@obesitynetwork.ca

Renseignements généraux : info@obesitynetwork.ca

Remerciements

Obesity Canada-Obésité Canada a été chargé de la conception, de la collecte des données, de l'analyse et de l'interprétation du rapport, et il assume l'entière responsabilité de son contenu et de ses conclusions. Le *Bulletin sur l'accès des adultes au traitement de l'obésité au Canada (2019)* a été rendu possible grâce à un soutien financier sans restriction de FOCUS, un partenariat composé de Novo Nordisk Canada Inc., Nestlé Health Science Canada, Medtronic, Ethicon et Bausch Health. Le partenariat FOCUS a également apporté une aide en nature en aidant à diffuser et à promouvoir ce bulletin.

Obesity Canada-Obésité Canada est particulièrement reconnaissant envers Mme Sateen Werner et la Dre Jo-Anne Gilbert, qui ont aidé à collecter les données figurant dans ce bulletin. Obésité Canada remercie également pour leur aide et leurs lumières les spécialistes canadiens suivants, qui ont fait don de leur temps et de leur expertise pour rassembler et interpréter les données dans le cadre du Groupe de travail scientifique et du Comité consultatif sur le transfert des connaissances.

Groupe de travail scientifique :

Dr Arya M. Sharma (Université de l'Alberta, Obesity Canada-Obésité Canada)

Dr Jean-Éric Tarride (Université McMaster)

Dre Laurie Twells (Université Memorial de Terre-Neuve)

Dre Marie-France Langlois (Université de Sherbrooke)

Dre Sara Kirk (Université Dalhousie)

Dre Ximena Ramos Salas (Obesity Canada-Obésité Canada)

Brad Hussey (Obesity Canada-Obésité Canada)

Mayank Rehani (Obesity Canada-Obésité Canada)

Comité consultatif sur le transfert des connaissances :

Nora Madian (Novo Nordisk Canada Inc.)

Adam Marsella (Novo Nordisk Canada Inc.)

Karen Chopra (Nestlé Health Science Canada)

Stephane Marcott (Medtronic)

Maximiliano Iglesias (Ethicon, Johnson & Johnson)

Christine Kwok (Bausch Health)

Membres du Groupe de travail scientifique

Conception graphique : Patti Whitefoot-Bobier

Conception pour le web : Robert Fullerton/Datascape

Traduction : Gilles Giraud

© 2019 Obesity-Canada-Obésité Inc.

Table des matières

Introduction	6
Qui sommes nous ?	7
Changements dans le domaine de l'obésité de puis 2017	9
Méthodologie	9
Faits saillants	10
Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique et politiques publiques	11
Accès aux interventions comportementales et aux équipes interdisciplinaires pour la gestion de l'obésité	13
Nombre de professionnels de la santé canadiens ayant un certificat en médecine de l'obésité	15
Accès aux programmes de gestion du poids sous surveillance médicale avec substituts de repas	19
Accès aux médicaments anti-obésité d'ordonnance	21
Accès à la chirurgie bariatrique	25
Références	32

Introduction

L'obésité est un problème de santé chronique progressif, comme le diabète ou l'hypertension, se caractérisant par une accumulation anormale ou excessive de graisse qui finit par nuire à la santé¹. En tant que principale cause de diabète de type 2, d'hypertension, de maladies cardiaques, d'AVC, d'arthrite, de cancer et d'autres importants problèmes de santé, l'obésité peut avoir des conséquences graves pour les personnes qui en sont atteintes. On estime que 1 décès prématuré sur 10 est directement attribuable à l'obésité chez les Canadiens adultes (de 20 à 64 ans)². En dehors de ses effets sur l'état de santé général et sur le bien-être, l'obésité peut également nuire au bien-être social et économique du fait de la stigmatisation qui y est généralement associée : aussi courants que d'autres formes de discrimination – dont le racisme –, les préjugés et la stigmatisation à l'égard du poids peuvent accroître la morbidité^{3,4} et la mortalité⁵. La stigmatisation associée à l'obésité se traduit par beaucoup d'injustice en matière d'accès à l'emploi, aux soins de santé et à l'éducation du fait de stéréotypes négatifs largement répandus voulant que les personnes présentant de l'obésité soient paresseuses, peu motivées ou incapables de s'autodiscipliner⁶.

En 2006, les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants⁷ (les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes) ont été publiées afin d'aider les médecins et les autres professionnels de la santé à soutenir les personnes présentant de l'obésité. En 2015, l'Association médicale canadienne a déclaré que l'obésité est une maladie chronique. Depuis, de nombreux organismes – dont Obesity Canada-Obésité Canada, l'Association médicale canadienne, l'American Medical Association et l'Organisation mondiale de la Santé – ont également déclaré que l'obésité est une maladie chronique. Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique est bien plus qu'un geste symbolique. Cela confirme la nécessité d'arrêter de la considérer comme le simple résultat d'un mauvais choix de mode de vie et de passer à un modèle de santé socioécologique comportant l'obligation pour nos systèmes de santé et pour la société de la prévenir et de la traiter comme on le fait pour d'autres maladies chroniques.

En 2017, Obesity Canada-Obésité Canada a cherché à quantifier et à qualifier l'accès aux soins médicaux pour traiter l'obésité que fournissent les services publics, ainsi que les interventions couvertes par les régimes d'assurance privés, et a publié son premier *Bulletin sur l'accès des adultes au traitement de l'obésité au Canada*⁸. Le bulletin de cette année a pour but de mettre à jour les constatations du précédent *Bulletin* et de recenser les éventuels progrès réalisés en matière d'accès au traitement de l'obésité au cours des deux dernières années.

Peut-on traiter l'obésité ?

Comme beaucoup d'autres maladies chroniques, il est possible de traiter l'obésité. Les Lignes directrices canadiennes de 2006⁷ recommandaient d'appliquer les interventions suivantes aux adultes présentant de l'obésité : interventions sur le mode de vie (alimentation, exercice physique thérapeutique et thérapie cognitivo-comportementale), traitement pharmacologique et chirurgie bariatrique.

Une récente revue systématique⁹ du traitement de l'obésité en contexte de soins primaires a montré qu'il est possible d'obtenir des améliorations cliniquement significatives à l'aide d'interventions à composantes multiples fournies par des équipes soignantes interdisciplinaires sur une longue durée. L'important impact associé au traitement de l'obésité quand on maîtrise et, dans certains cas, on améliore une vaste gamme de problèmes cliniques – dont l'arthrose, le diabète, l'apnée du sommeil, l'hypertension, l'incontinence urinaire et même l'infertilité – a été clairement démontré dans une étude récente¹⁰.





Qui sommes-nous ?

Obesity Canada-Obésité Canada (anciennement appelé Canadian Obesity Network-Réseau canadien en obésité) est la voix autorisée au Canada en matière d'approches fondées sur des données probantes pour la prévention, le traitement et les politiques relatives à l'obésité. Actuellement, Obesity Canada-Obésité Canada compte plus de 20 000 professionnels parmi ses membres et plus de 25 000 sympathisants dans le public. Notre mission consiste à améliorer la vie des Canadiens présentant de l'obésité en faisant la promotion de la prévention et du traitement pour éviter la discrimination. Nous avons pour objectifs de nous attaquer à la stigmatisation sociale associée à l'obésité, de faire évoluer la façon dont les décideurs politiques et les professionnels de la santé abordent ce problème, et d'améliorer l'accès à des ressources fondées sur des données probantes en matière de prévention et de traitement.

**POUR EN SAVOIR PLUS,
CONSULTEZ :**

obesitycanada.ca

 **[@ObesityCan](https://twitter.com/ObesityCan)**

 **facebook.com/ObesityCanada**



Changements notables dans le domaine de l'obésité au Canada depuis 2017

1. Lancé en avril 2017, le programme d'Éducateur certifié en soins bariatriques a diplômé en médecine de l'obésité 80 professionnels de la santé au Canada.
2. En septembre 2017, le Canadian Obesity Network-Réseau canadien de l'obésité a obtenu le statut d'organisme de bienfaisance enregistré au Canada.
3. En mars 2018, Santé Canada a approuvé Contrave® Comprimés à libération prolongée pour être utilisé en complément d'un régime alimentaire hypocalorique et d'une augmentation du niveau d'activité physique pour traiter le surpoids chronique chez les adultes.
4. En juin 2018, le Canadian Obesity Network-Réseau canadien de l'obésité a officiellement changé de nom pour devenir Obesity Canada-Obésité Canada.
5. En novembre 2018, la Yukon Medical Association est devenue la deuxième association médicale provinciale/territoriale à déclarer l'obésité comme une maladie chronique après la Saskatchewan (2015) et l'Association médicale canadienne (2015).
6. En décembre 2017, Obesity Canada-Obésité Canada et l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques ont entamé le processus de rédaction des nouvelles lignes directrices de pratique clinique canadiennes pour le traitement et la prise en charge de l'obésité chez les adultes. Ces nouvelles lignes directrices, qui réaffirment que l'obésité est une maladie chronique récurrente complexe, seront publiées au cours de l'été 2019 et elles fourniront des recommandations fondées sur des données probantes pour la prévention et la prise en charge de l'obésité chez les adultes.
7. En janvier 2019, publication du rapport d'un collectif d'experts de la Commission Lancet sur « la pandémie mondiale d'obésité, de dénutrition et de changement climatique »¹. La commission a conclu que l'obésité est désormais l'une des principales causes de mauvaise santé dans la plupart des pays de la planète. On a estimé que, en 2015, le surpoids affectait 2 milliards de personnes dans le monde et entraînait quelque 4 millions de décès et 120 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité (DALY en anglais). Le coût annuel de l'obésité est estimé à deux billions de dollars US, ce qui représente 2,8 % du PIB mondial. Malgré les appels lancés depuis trois décennies par des organisations nationales et internationales pour mettre en œuvre des politiques de lutte contre l'obésité, leur application a été pour le moins sporadique.
8. L'obésité est désormais largement reconnue¹²⁻¹⁵ comme une maladie chronique récurrente qui nécessite bien plus que des solutions simplistes comme la promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique. Pourtant les décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux continuent à considérer l'obésité comme un facteur de risque plutôt que comme une maladie chronique.

Méthodologie

La portée de ce rapport se limite aux services offerts par les systèmes de santé publics canadiens. Les ressources et les documents accessibles au public ont fait l'objet de recherches approfondies de données sur les politiques, les lignes directrices et les services relatifs au traitement et à la prise en charge de l'obésité dans chaque province et territoire. Obésité Canada a également fait une revue exhaustive de la littérature scientifique sur l'accès au traitement et la prise en charge de l'obésité au Canada. Pour ce rapport, les domaines de recherche ont été inspirés par les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes de 2006⁷, en se concentrant sur l'accès du public aux options suivantes de traitement et de prise en charge de l'obésité pour les adultes :



Accès aux spécialistes et à des équipes interdisciplinaires pour les interventions comportementales



Accès aux programmes de gestion du poids incluant des substituts de repas



Accès aux médicaments anti-obésité* par l'intermédiaire des moyens publics et privés



Accès à la chirurgie bariatrique et temps d'attente

Les instruments de sondage ont aussi été conçus pour obtenir des informations sur les politiques et les services provinciaux et territoriaux, les régimes d'assurance médicaments privés proposés par le secteur de l'assurance maladie ainsi que les services de chirurgie bariatrique et le temps d'attente. Des spécialistes de ce secteur d'activité et un groupe de travail scientifique comprenant des chercheurs du domaine de la santé spécialisés en obésité ont passé en revue le cadre de la collecte des données et les instruments de sondage. Des entrevues basées sur ces instruments de sondage ont été réalisées avec des représentants de compagnies d'assurance maladie et le personnel médical de centres de chirurgie bariatrique, ainsi qu'avec des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux ou des autorités sanitaires.

Les données concernant le nombre de personnes présentant de l'obésité, le nombre de chirurgies bariatriques et les taux de couverture des médicaments anti-obésité* par les régimes d'assurance médicaments privés ont respectivement été obtenus auprès de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de TELUS Health Analytics. La collecte de données a été effectuée entre le 1er juin 2018 et le 28 février 2019.

* Le terme « médicament anti-obésité » fait partie du langage standard utilisé dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques. Ce terme n'implique en aucun cas des actions contre des personnes présentant de l'obésité.

Bulletin 2019 sur l'accès des adultes au traitement de l'obésité au Canada : faits saillants

- › Depuis le *Bulletin* de 2017, l'obésité n'a pas été officiellement reconnue comme une maladie chronique par les gouvernements fédéral ou provinciaux/territoriaux malgré sa reconnaissance comme telle par l'Association médicale canadienne et par les associations médicales professionnelles de la Saskatchewan et du Yukon.
- › On continue à considérer l'obésité comme un facteur de risque auto-infligé, ce qui a un impact sur les types d'interventions et d'approches mis en œuvre par les gouvernements et par les régimes d'assurance médicaments privés.
- › Il n'y a pas de lignes directrices ni de politiques officielles pour le traitement et la prise en charge de l'obésité dans aucun des territoires et des provinces.
- › Certains gouvernements provinciaux et territoriaux priorisent la prévention de l'obésité et la promotion de saines habitudes de vie.
- › On manque gravement d'équipes interdisciplinaires pour prendre en charge l'obésité au niveau des soins primaires.
- › Seuls 67 médecins détiennent le certificat de l'American Board of Obesity Medicine au Canada.
- › Depuis le lancement par Obesity Canada-Obésité Canada du programme d'Éducateur en soins bariatriques en avril 2017, 80 professionnels de la santé canadiens ont obtenu ce titre d'éducateur certifié en soins bariatriques. Cela indique une prise de conscience du besoin croissant d'une formation en médecine de l'obésité parmi les professionnels de la santé.
- › On attend des patients qu'ils assument le coût des substituts de repas dans le cadre des programmes de gestion du poids sous supervision médicale, ce qui peut s'élever à entre 1000 \$ et 2000 \$ par mois.
- › Les médicaments anti-obésité ne sont pas couverts par les régimes publics d'assurance médicaments provinciaux ni par les régimes publics d'assurance médicaments du gouvernement fédéral.
- › La couverture des médicaments anti-obésité par les régimes d'assurance médicaments privés est accessible à moins de 20 % des participants à ces régimes.
- › Au Canada, la chirurgie bariatrique est accessible à 1 adulte atteint d'obésité grave sur 171 annuellement. En 2017, elle était accessible à 1 adulte sur 183. Même si l'accès à la chirurgie bariatrique semble s'être amélioré dans l'ensemble, le nombre de chirurgies réalisées a baissé dans certaines provinces ces dernières années.
- › Certains patients qui ont été adressés en chirurgie bariatrique peuvent attendre jusqu'à huit ans avant de rencontrer un spécialiste ou de se faire opérer.

Dans le but de réduire les préjugés et la stigmatisation à l'égard du poids, Obesity Canada-Obésité Canada a créé :

- (1) *Weight Bias Analysis Tool for Public Health Policies* (outil d'analyse des préjugés à l'égard du poids à l'intention des politiques de santé publique) que l'on peut se procurer gratuitement sur le site web de ce bulletin; et
- (2) des lignes directrices pour utiliser le **Langage axé sur la personne** et des images appropriées : obesitycanada.ca/resources/people-first-language



Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique et politiques publiques

En octobre 2015, l'Association médicale canadienne a reconnu l'obésité comme « une maladie chronique nécessitant la mise en place d'initiatives de recherche, de traitement et de prévention¹⁶ ». Cette déclaration a été saluée par les personnes atteintes d'obésité, de même que par des professionnels de la santé et des universitaires qui ont soutenu qu'en reconnaissant l'obésité comme une maladie on pourrait passer rapidement de l'idée qu'il s'agit d'un problème résultant d'un choix de mode de vie à la notion de maladie que l'on doit prévenir et traiter au même titre que d'autres maladies chroniques. C'était aussi un appel à continuer à plaider en faveur de politiques publiques, d'une éducation et d'une sensibilisation contre la discrimination à l'égard du poids au Canada.



Constatations en 2019 :

- > Depuis que la déclaration a été publiée, aucun des gouvernements provinciaux ou territoriaux n'a officiellement reconnu l'obésité comme une maladie chronique.
- > En janvier 2019, Santé Canada a publié sa mise à jour du *Guide alimentaire canadien*, qui propose des lignes directrices et des considérations pour s'alimenter sainement et pour le bien-être nutritionnel en général. Le *Guide alimentaire* reconnaît qu'un indice de masse corporelle (IMC) élevé est un des principaux facteurs de risque du fardeau de la maladie évalué en combinant la mortalité et l'invalidité. Toutefois il ne reconnaît pas l'obésité comme une maladie chronique, mais plutôt comme un facteur de risque d'autres maladies chroniques¹⁷.

Reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique et politiques publiques



- > En octobre 2018, Statistique Canada a publié les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de santé, 2016–2017 dans un rapport intitulé « L'obésité chez les adultes canadiens 2016 et 2017¹⁸. » Ce rapport :
 - > ne considère pas l'obésité comme une maladie chronique.
 - > prétend que « l'obésité est demeurée stable au cours d'une période de 10 ans (de 2007 à 2017) ».
 - > affirme que « l'obésité augmente avec l'âge ».
 - > n'utilise pas le langage axé sur la personne en s'adressant aux personnes affectées par l'obésité.
- > En novembre 2018, la Yukon Medical Association a voté à l'unanimité la reconnaissance de l'obésité en tant que maladie chronique nécessitant la mise en place d'initiatives de recherche, de traitement et de prévention. L'Association espère que cette reconnaissance va se traduire par de nouvelles mesures pour s'attaquer à la maladie de la part des décideurs aux différents niveaux de gouvernement et des professionnels de la santé¹⁹.
- > En 2015, la Saskatchewan Medical Association a reconnu l'obésité en tant que maladie chronique.

Principal message :

Le fait que l'obésité ne soit pas reconnue comme une maladie chronique au Canada continue à avoir un impact important pour les adultes présentant de l'obésité, qui doivent se débattre dans un dédale de produits et de services de gestion du poids, dont beaucoup sont dénués de toute justification scientifique et sont associés à des objectifs de perte de poids irréalistes et inatteignables.



Obésité Canada a créé une base de données consultable en ligne des professionnels de la santé certifiés dans le traitement de l'obésité, des cliniques de traitement de l'obésité pour enfants et pour adultes, et des centres de chirurgie bariatrique canadiens.
<https://locator-obesitycanada.ca>

Accès aux interventions comportementales et aux équipes interdisciplinaires pour prendre en charge l'obésité



Les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes⁷ recommandent un ensemble d'interventions pour les adultes présentant de l'obésité (soit un mélange de techniques visant à modifier le comportement, de thérapie cognitivo-comportementale, d'augmentation de l'activité physique et de counselling nutritionnel). Elles recommandent aussi que les professionnels de la santé des soins primaires collaborent avec d'autres fournisseurs de soins à l'élaboration de programmes complets de gestion du poids pour les adultes présentant un surpoids ou de l'obésité afin de favoriser et de maintenir la perte de poids.

La prise en charge de l'obésité en contexte de soins primaires peut permettre d'obtenir une amélioration cliniquement pertinente des résultats de santé à l'aide d'interventions de gestion du poids à composantes multiples fournies par une équipe soignante interdisciplinaire sur une longue durée⁹. Des données montrent aussi que des programmes sous surveillance médicale s'appuyant sur une équipe interdisciplinaire permettent d'augmenter la probabilité d'obtenir une bonne maîtrise du poids. Des rapports de cliniques canadiennes qui appliquent une approche interdisciplinaire de la prise en charge de l'obésité montrent que près de la moitié des patients ont obtenu des réductions de poids significatives sur le plan clinique^{20,21} en aussi peu que six mois²².

Aux fins des bulletins de 2017 et 2019 sur l'accès des adultes au traitement de l'obésité au Canada, une équipe interdisciplinaire de prise en charge de l'obésité est définie comme toute équipe composée d'un médecin, d'un diététiste, d'un infirmier ou d'une infirmière praticienne, d'un spécialiste de l'exercice thérapeutique ou d'un kinésithérapeute, d'un travailleur social ou d'un conseiller psychologique qui collaborent dans le but de proposer des services de gestion du poids ou de prise en charge de l'obésité aux adultes de leur collectivité.

Accès aux interventions comportementales et aux équipes interdisciplinaires pour prendre en charge l'obésité



Constatations en 2019 :

- › Parmi les services de santé fournis au niveau des soins primaires en ce qui concerne la prise en charge de l'obésité, les services de diététistes sont ceux qui sont le plus fréquemment mis à la disposition des Canadiens affectés par l'obésité.
- › L'accès à des spécialistes comme les physiologistes de l'exercice ou les kinésithérapeutes est limité au Canada au niveau des soins primaires.
- › L'accès à un soutien en santé mentale et à une thérapie cognitivo-comportementale dans le cadre de la prise en charge de l'obésité est limité au Canada au niveau des soins primaires. Les programmes de chirurgie bariatrique font souvent appel aux services d'un psychologue ou d'un travailleur social qui apportent un soutien en matière de santé mentale ou de thérapie cognitivo-comportementale aux patients en attente d'être opérés, mais l'accès à ce soutien est rare en dehors de ces programmes.
- › Les centres où l'on pratique des opérations de chirurgie bariatrique disposent également d'équipes interdisciplinaires qui travaillent dans le cadre du programme de chirurgie bariatrique et apportent un soutien aux patients en attente d'être opérés.
- › L'Alberta et l'Ontario proposent des programmes provinciaux à certaines cliniques spécialisées en chirurgie bariatrique qui disposent de programmes sous surveillance médicale et d'équipes interdisciplinaires pour la prise en charge de l'obésité.
- › Dans les territoires, seul le Yukon dispose d'un programme avec équipe interdisciplinaire qui se concentre sur la prise en charge des adultes présentant de l'obésité.
- › En Nouvelle-Écosse, la clinique Partners for Healthier Weight a fermé ses portes en 2017; il s'agissait de la seule clinique de gestion du poids sous supervision médicale de la province²³.

Principal message :

Il y a au Canada un grave manque d'équipes interdisciplinaires pour prendre en charge l'obésité.

Nombre de professionnels de la santé canadiens ayant un certificat en médecine de l'obésité



Les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes⁷ recommandent de développer des activités de formation continue qui fournissent aux médecins et autres professionnels de la santé les compétences dont ils ont besoin pour conseiller les patients en toute confiance en matière de gestion du poids. Un article publié en décembre 2018²⁴ souligne les avantages pour les professionnels de la santé de détenir un certificat en médecine de l'obésité puisqu'obtenir ce diplôme après avoir réussi l'examen signifie qu'ils ont acquis les connaissances et les compétences nécessaires pour donner des soins médicaux fondés sur des données probantes aux personnes présentant de l'obésité. Un certificat est une preuve reconnue de professionnalisme en médecine.

En 2017, nous avons indiqué que l'American Board of Obesity Medicine (ABOM) délivre un certificat de prise en charge de l'obésité aux médecins (y compris aux médecins canadiens) qui réussissent son examen. Détenir le certificat de l'ABOM signifie qu'on a les connaissances spécialisées nécessaires pour pratiquer la médecine de l'obésité et que le médecin a acquis les compétences nécessaires pour traiter l'obésité. Le premier examen de certification de l'ABOM a eu lieu en 2012.



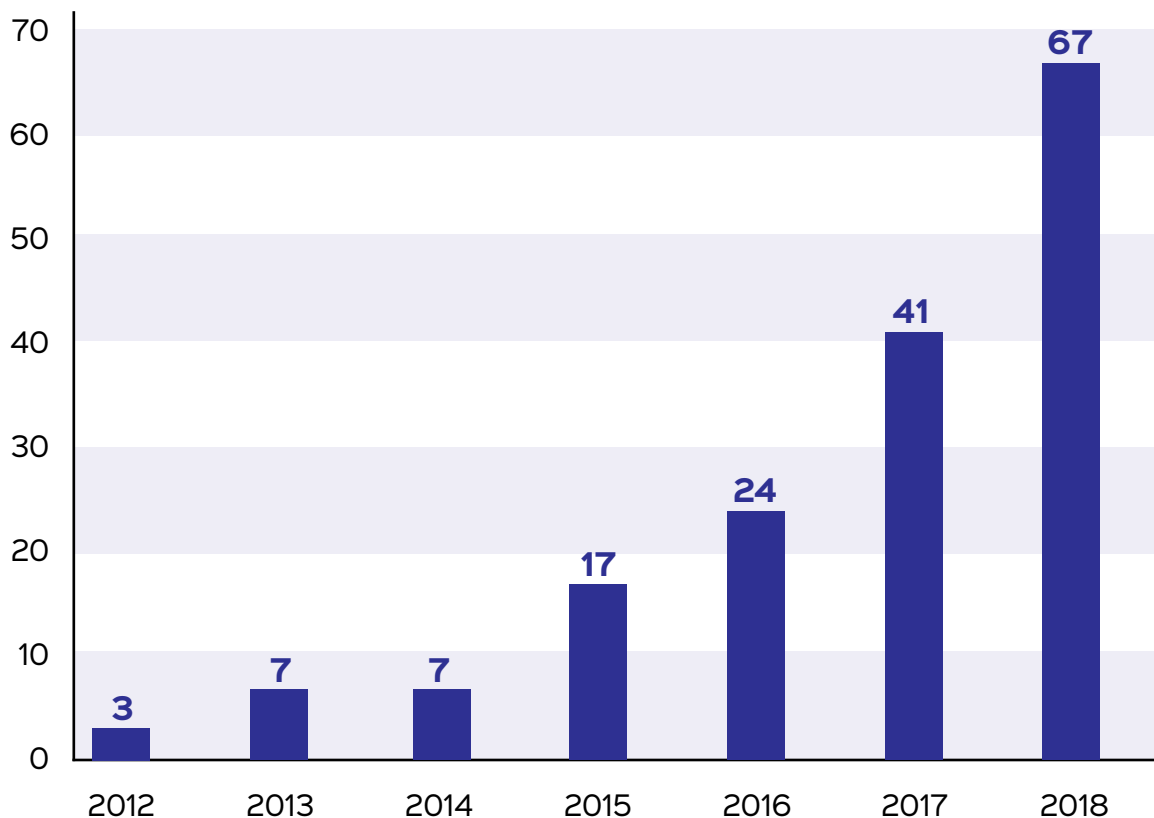
Constatations en 2019 :

Médecins canadiens titulaires du certificat de l'ABOM

- Il y a désormais 67 médecins qui détiennent le certificat de l'ABOM, contre 41 en 2017. Ce nombre inclut trois médecins qui avaient obtenu la certification de l'American Board of Bariatric Medicine avant la création de l'ABOM.
- Trente-quatre de ces médecins sont installés en Ontario, 12 en Alberta, 11 en Colombie-Britannique, 4 au Québec, 3 au Nouveau-Brunswick, 2 en Nouvelle-Écosse et 1 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Aucun médecin ne détient le certificat de l'ABOM dans les territoires, en Saskatchewan, au Manitoba et à Terre-Neuve-et-Labrador.
- Sur les 67 médecins qui détiennent le certificat de l'ABOM, 32 sont des internistes et 29 des médecins de famille, 2 sont chirurgiens, 2 pédiatres, 1 urgentiste et 1 obstétricien-gynécologue.
- Au Canada, seuls six infirmiers-infirmières en activité détiennent le titre d'infirmier-infirmière certifié(e) en soins bariatriques (délivré par l'American Society for Metabolic & Bariatric Surgery), dont 5 en Alberta et 1 en Ontario.

Nombre de professionnels de la santé canadiens ayant un certificat en médecine de l'obésité

Nombre de médecins détenteurs du certificat de l'ABOM au Canada (2012–2018)



En plus du programme d'Éducateur certifié en soins bariatriques, Obésité Canada a formé :

- > 486 diététistes dans le cadre du stage Dietitians of Canada Learning Retreat on the Principles and Practice of Interdisciplinary Obesity Management for Dietitians organisé par Obésité Canada;
- > 251 professionnels de la santé dans le cadre du programme de formation avancée en gestion de l'obésité;
- > 211 professionnels de la santé dans le cadre du programme OPTiMO (OPTimizing Treatment and Management of Obesity)

Nombre de professionnels de la santé canadiens ayant un certificat en médecine de l'obésité

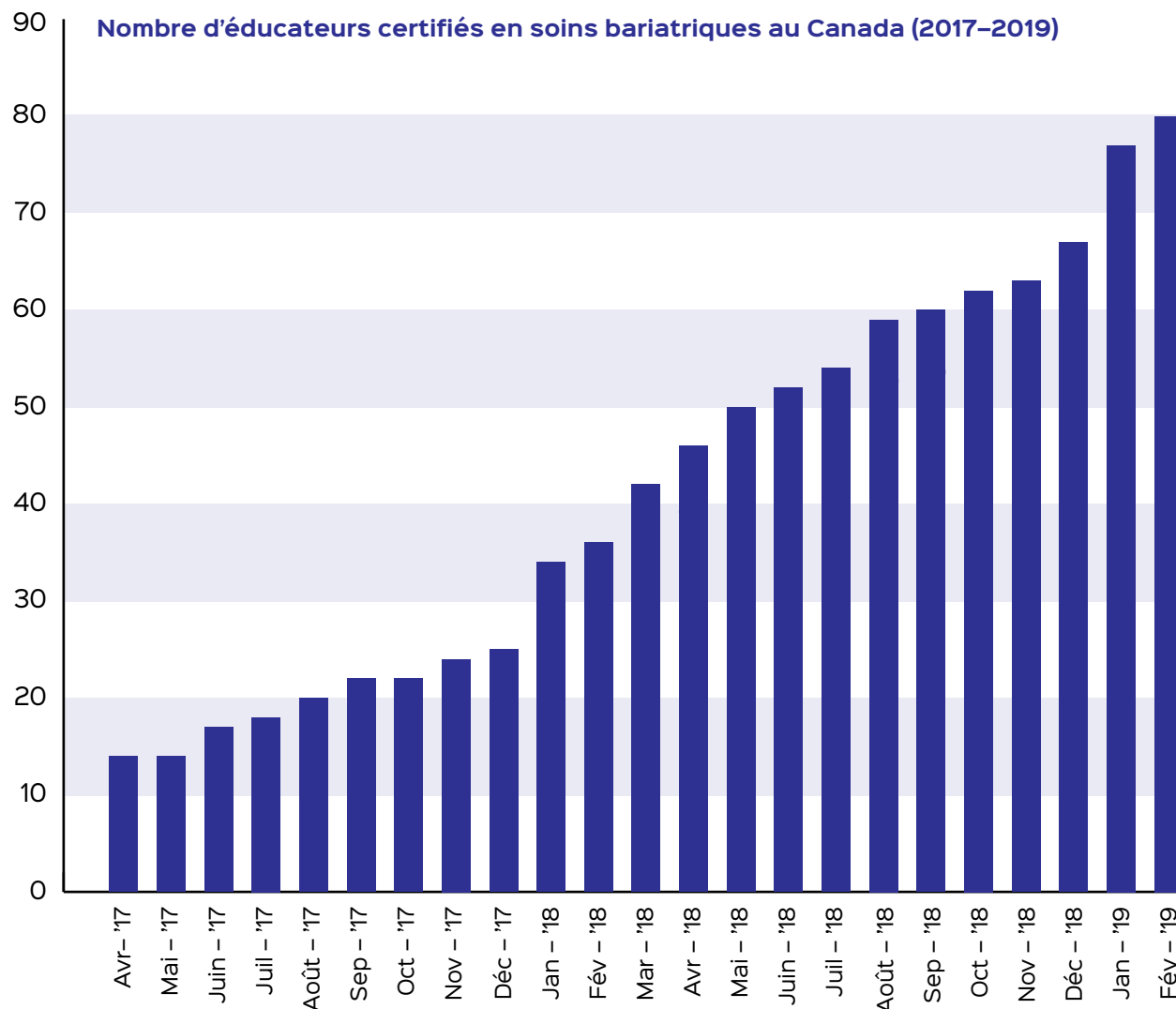


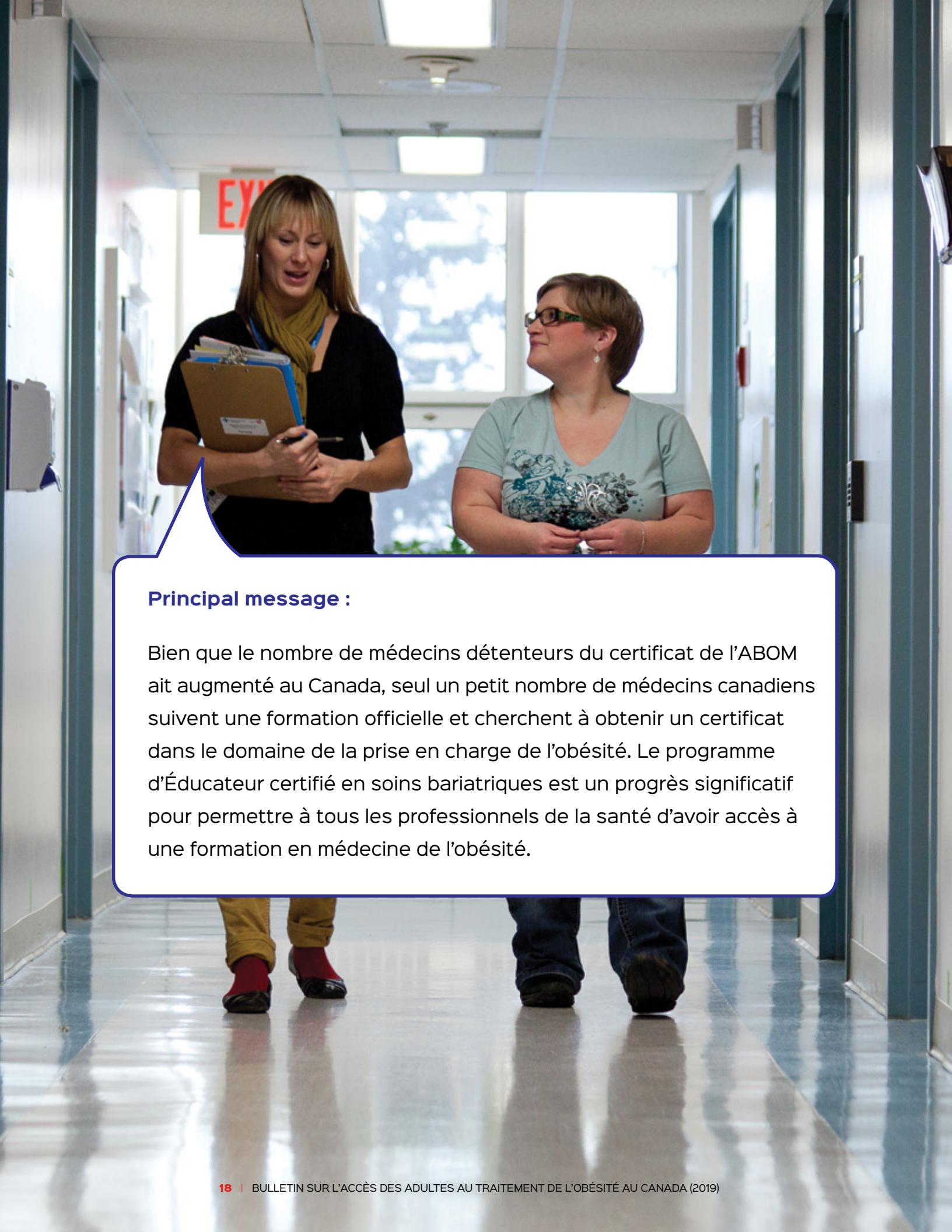
Constatations en 2019 :

Éducateurs certifiés en soins bariatriques au Canada

Reconnaissant la nécessité de renforcer les compétences des professionnels de la santé en matière de traitement de l'obésité, Obesity Canada-Obésité Canada a lancé le programme d'Éducateur certifié en soins bariatriques (CBE – Certified Bariatric Educator) en avril 2017.

- Il y a désormais 80 éducateurs certifiés en soins bariatriques (CBE) au Canada.
- Sur ces 80 CBE, 43 sont en Ontario, 17 en Alberta, 6 en Nouvelle-Écosse, 5 au Québec, 3 au Nouveau-Brunswick, 2 en Colombie-Britannique, 1 au Manitoba, 1 à Terre-Neuve-et-Labrador, 1 au Nunavut et 1 à l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les 80 CBE comprennent 41 diététistes, 22 infirmiers-infirmières autorisé(e)s, 10 pharmaciens, 3 infirmiers-infirmières praticien(ne)s, 1 psychologue et 1 travailleur social.





Principal message :

Bien que le nombre de médecins détenteurs du certificat de l'ABOM ait augmenté au Canada, seul un petit nombre de médecins canadiens suivent une formation officielle et cherchent à obtenir un certificat dans le domaine de la prise en charge de l'obésité. Le programme d'Éducateur certifié en soins bariatriques est un progrès significatif pour permettre à tous les professionnels de la santé d'avoir accès à une formation en médecine de l'obésité.

Accès aux programmes de gestion du poids sous surveillance médicale avec substituts de repas



Les Lignes directrices canadiennes⁷ recommandent d'envisager l'utilisation de produits et de programmes de substitution de repas comme composante d'un régime à restriction énergétique chez certains adultes désirant entreprendre un programme alimentaire de gestion du poids.

Au Canada, les programmes de gestion du poids à l'aide de substituts alimentaires sont des programmes complets, axés sur la modification du comportement et menés sous surveillance médicale qui suivent et évaluent étroitement les progrès en vue d'améliorer la santé et le bien-être, de concert avec une éducation et un soutien complets des patients.



Constatations en 2019 :

- › On utilise des substituts de repas dans le cadre de programmes d'amaigrissement sous surveillance médicale et, souvent, pour faire maigrir les patients afin de les préparer à une chirurgie bariatrique.
- › Le programme de gestion du poids Optifast[®] est un programme de un à deux ans, sous surveillance médicale, qui utilise exclusivement des substituts de repas de 900 calories pendant les 12 premières semaines; il est administré par une équipe interdisciplinaire dans des cliniques sélectionnées du Canada.
- › La phase active de perte de poids du programme Optifast[®] consiste en des visites de groupe hebdomadaires pendant 24 à 26 semaines consécutives et en une phase de maintien qui continue dans la deuxième année.
- › Les régies régionales de la santé qui offrent le programme de gestion du poids Optifast[®] couvrent les dépenses associées à la surveillance médicale (tests diagnostiques et médecins); toutefois, le coût des substituts de repas doit être assumé par les patients. En Ontario, le coût des substituts de repas s'élève actuellement à 253 \$ par boîte incluant les substituts de repas pour une semaine pour un patient type²⁵.

Accès aux programmes de gestion du poids sous surveillance médicale avec substituts de repas



- › Les patients peuvent s'attendre à payer entre 1000 \$ et 2000 \$ pour les substituts de repas du programme de gestion du poids Optifast®, selon la durée de la phase de maintien.
- › Le coût des substituts de repas des programmes de gestion du poids n'est couvert par aucun des régimes d'assurance médicaments provinciaux ou des régimes privés. Ces coûts ne sont pas considérés comme une dépense admissible parmi les frais de santé des régimes d'assurance médicaments privés ni comme crédits d'impôt pour frais médicaux par l'Agence du revenu du Canada.

Principal message :

Les Canadiens qui peuvent bénéficier des programmes sous surveillance médicale d'amaigrissement ou de gestion du poids à l'aide de substituts de repas doivent s'attendre à payer ces substituts de leur poche. Cela contraste nettement avec la couverture par les régimes d'assurance médicaments provinciaux des suppléments nutritionnels prescrits pour d'autres maladies chroniques comme le diabète, la fibrose kystique et le cancer.

Accès aux médicaments anti-obésité d'ordonnance



Les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes⁷ recommandent d'ajouter un agent pharmacologique pour aider à réduire les symptômes associés à l'obésité chez certains adultes qui ne parviennent pas à obtenir ou à maintenir une perte de poids cliniquement significative à l'aide d'un régime alimentaire et de l'exercice physique.

On considère qu'un traitement pharmacologique de l'obésité est approprié dans le cas des adultes présentant : 1) un IMC ≥ 30 kg/m²; ou 2) un IMC ≥ 27 kg/m² en présence d'autres facteurs de risque (p. ex., hypertension, diabète, dyslipidémie ou excès de graisse viscérale). En 2018, Santé Canada a approuvé²⁶ un traitement associant le naltrexone et le bupropion (Contrave®) pour le traitement de l'obésité chez les adultes. Les deux autres médicaments anti-obésité approuvés pour les adultes au Canada sont l'orlistat (Xenical®) et le liraglutide (Saxenda®).



Constatations en 2019 : Couverture par les régimes publics

- › Aucun des médicaments anti-obésité (Xenical®, Saxenda® ou Contrave®) ne figure sur les listes de médicaments provinciales ou territoriales, et ils ne sont donc couverts par aucun des régimes d'assurance médicaments publics.
- › Dans certaines provinces, des programmes d'accès spécial accordent au cas par cas la couverture à des médicaments ne figurant pas sur la liste provinciale; cependant, la couverture des médicaments anti-obésité par ces programmes n'est pas garantie et elle est même rare, dans les faits.
- › Les médicaments anti-obésité ne sont couverts par aucun des programmes publics d'assurance médicaments du gouvernement fédéral.
- › Xenical® est couvert par le programme des Services de santé des Forces canadiennes (SSFC) par l'intermédiaire d'un mécanisme d'exception, et Xenical® et Saxenda® sont aussi couverts par le Régime de soins de santé de la fonction publique canadienne (RSSFP) sans avoir à demander l'approbation de l'assureur. Les programmes des SSFC et du RSSFP sont des régimes d'assurance médicaments privés réservés aux fonctionnaires du gouvernement fédéral.
- › Cela contraste nettement avec la couverture par les régimes d'assurance médicaments provinciaux en ce qui concerne d'autres maladies chroniques (comme le diabète). Selon un rapport publié par Diabetes Canada en octobre 2018²⁷, toutes les listes de médicaments provinciales et territoriales et le SSNA (Programme des services de santé non assurés) couvrent entre 11 et 31 médicaments selon les provinces et les territoires.

Accès aux médicaments anti-obésité d'ordonnance

Notes attribuées à l'accès à la couverture publique des médicaments anti-obésité au Canada en 2019 et évolution de la note depuis 2017

Programmes d'assurance médicaments	Note en 2017	Note en 2019	Évolution de la note
Dans les provinces :			
Colombie-Britannique	F	F	Non
Alberta	F	F	Non
Saskatchewan	F	F	Non
Manitoba	F	F	Non
Ontario	F	F	Non
Québec	F	F	Non
Nouveau-Brunswick	F	F	Non
Nouvelle-Écosse	F	F	Non
Île-du-Prince-Édouard	F	F	Non
Terre-Neuve-et-Labrador	F	F	Non
Dans les territoires :			
Yukon	F	F	Non
Nunavut	F	F	Non
Territoires du Nord-Ouest	F	F	Non
Programmes publics d'assurance médicament du gouvernement fédéral	C	C	Non

Critères d'évaluation de la couverture publique des médicaments anti-obésité

Note	Critère
A	Tous les régimes d'assurance médicaments couvrent tous les médicaments.
B	Tous les médicaments sont couverts par plus d'un régime d'assurance médicaments.
C	Au moins un des médicaments est couvert par plus d'un régime d'assurance médicaments.
D	Au moins un des médicaments est couvert par un des régimes d'assurance médicaments.
F	Aucun des régimes d'assurance médicaments ne couvre l'un ou l'autre de ces médicaments.

Accès aux médicaments anti-obésité d'ordonnance



Constatations en 2019 : Couverture par les régimes privés

Environ 60 % des Canadiens ont un régime d'assurance médicaments privé, généralement par l'intermédiaire du régime d'avantages sociaux de leur employeur²⁸. TELUS Health Analytics a publié un rapport personnalisé sur la couverture des médicaments anti-obésité par les régimes d'assurance médicaments privés. Ce rapport s'appuyait sur un échantillon représentant approximativement 45 % des participants et des membres de leur famille admissibles – soit 9 683 309 personnes – ayant accès à une assurance médicaments privée qui couvre une partie du coût des médicaments d'ordonnance au Canada. Ce rapport révèle que :

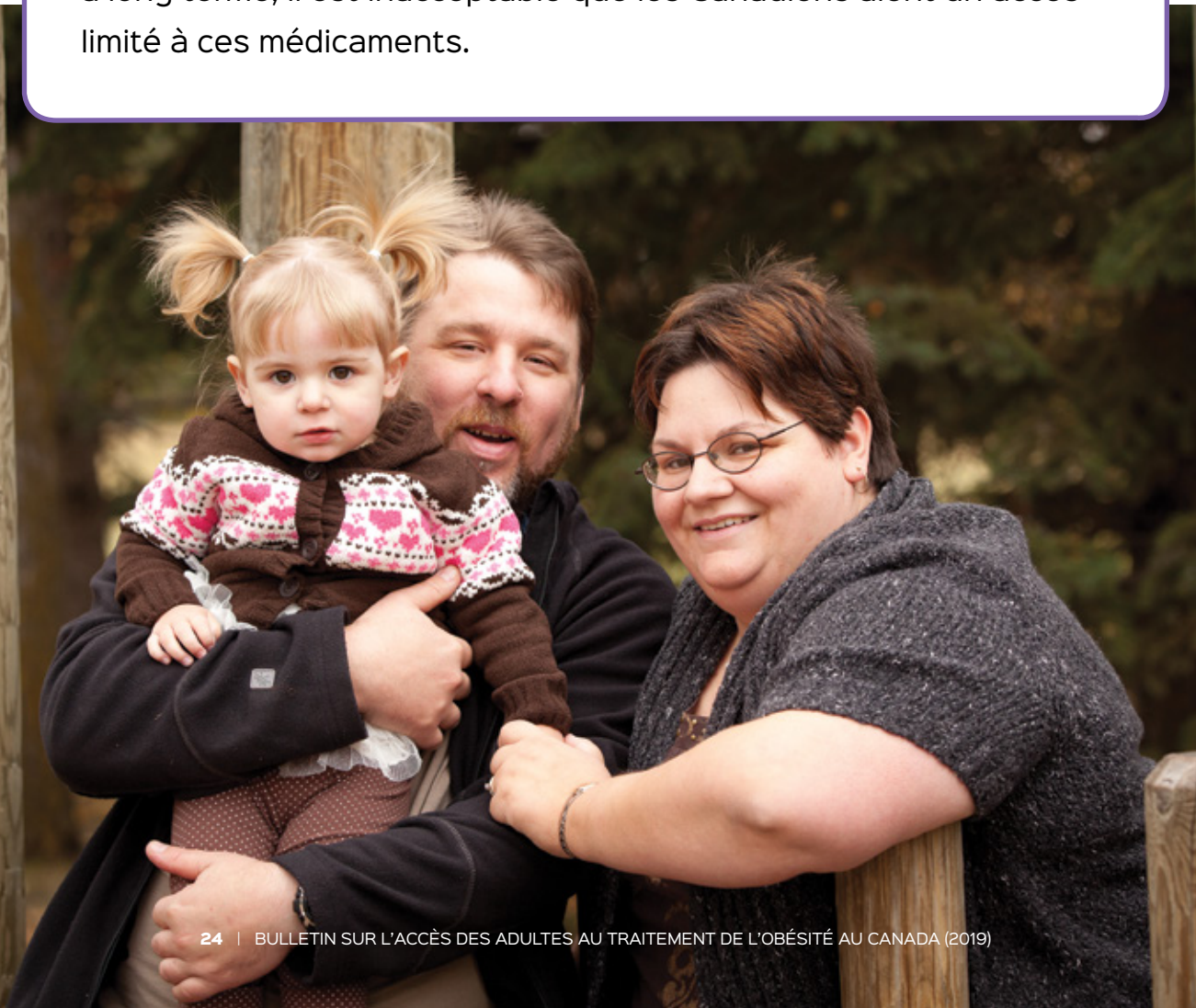
- > Sur un échantillon de 9,6 millions de Canadiens détenant une assurance médicaments privée, seuls 10,4 %, ou 1 003 184 personnes, disposaient d'un régime incluant les médicaments anti-obésité. Les informations accessibles au public que l'on trouve sur les sites web des assureurs canadiens révèlent que les médicaments pour traiter d'autres maladies chroniques comme le diabète de type 2 et l'hypertension sont mieux couverts par les régimes d'assurance médicaments privés. Cela contraste nettement avec le taux de couverture des médicaments anti-obésité par les régimes d'assurance médicaments privés.
- > L'analyse des taux de couverture révèle des disparités entre les provinces et les territoires :

Province/territoire	Nombre de participants de l'échantillon	Nombre de participants couverts	Taux de couverture
Colombie-Britannique	1 144 795	51 303	4,5 %
Alberta	1 335 792	190 370	14,3 %
Saskatchewan	461 112	68 438	14,8 %
Manitoba	294 482	25 768	8,8 %
Ontario	4 444 353	363 150	8,2 %
Québec	1 446 894	268 353	18,5 %
Nouveau-Brunswick	104 536	9 357	9,0 %
Nouvelle-Écosse	197 404	18 817	9,5 %
Île-du-Prince-Édouard	41 303	544	1,3 %
Terre-Neuve-et-Labrador	166 132	6 312	3,8 %
Yukon	25 520	29	0,1 %
Nunavut	14 613	126	0,9 %
Territoires du Nord-Ouest	6 373	617	9,7 %
Canada	9 683 309	1 003 184	10,4 %

Source : TELUS Health Analytics Coverage Report (19 octobre 2018)

Principal message

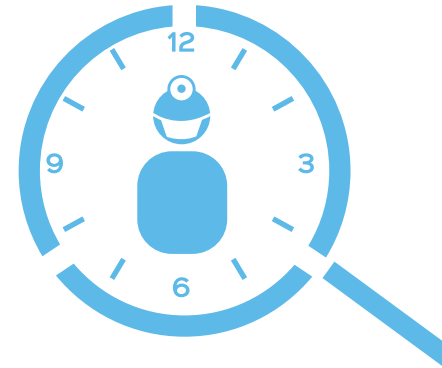
La proportion de la population canadienne disposant d'un régime d'assurance médicaments privé qui a droit au remboursement de ces médicaments est inférieure à 20 %. Les personnes qui ne comptent que sur l'assurance médicaments publique pour couvrir leurs dépenses de médicaments d'ordonnance n'ont pas accès à ces médicaments ou doivent les payer de leur poche. Étant donnée l'efficacité des médicaments anti-obésité dans la gestion du poids à long terme, il est inacceptable que les Canadiens aient un accès limité à ces médicaments.



Accès à la chirurgie bariatrique

Les Lignes directrices de pratique clinique canadiennes⁷ recommandent d'envisager de soumettre à la chirurgie bariatrique les cas d'obésité cliniquement graves (IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² associés à une comorbidité grave) quand une intervention comportementale ne suffit pas pour atteindre un poids santé.

Quand les patients sont adéquatement sélectionnés, informés et suivis, la chirurgie bariatrique peut assurer une perte de poids durable (réduction de 20 % à 30 %) associée à une importante diminution de la morbidité et de la mortalité (réduction de 40 % à 89 %²⁹⁻³³) ainsi qu'à des améliorations notables en matière de santé mentale et de qualité de vie³⁴. Toutes les personnes qui se qualifient pour la chirurgie bariatrique n'y seront pas nécessairement admissibles et, comme c'est le cas avec toutes les opérations chirurgicales, la chirurgie bariatrique est accompagnée de certains risques ou complications. Le taux des complications associées à la chirurgie bariatrique est de l'ordre de 10 % à 17 %, le taux de réopération est d'environ 7 % et le taux de mortalité est faible (entre 0,08 % et 0,35 %)³⁵.



Constatations en 2019 : Accès à la chirurgie bariatrique

- Les opérations de chirurgie bariatrique sont réalisées dans des centres répartis dans 10 provinces, mais il n'y en a aucun dans les territoires. On estime actuellement à 120 le nombre de chirurgiens dans les 33 centres où des opérations de chirurgie bariatrique sont réalisées au Canada. Le nombre de ces centres n'a pas changé depuis la recension de 2012³⁶.
- Dans beaucoup de provinces, les centres n'acceptent pas de patients venant de l'extérieur de la province, ce qui limite l'accès aux soins pour les candidats à une chirurgie bariatrique venant de provinces et de territoires ne disposant pas de ces programmes chirurgicaux.
- Le pontage gastrique et la gastrectomie partielle sont les procédures les plus courantes, tandis que peu de provinces proposent la gastroplastie par anneau gastrique modulable.
- Le nombre de chirurgies bariatriques continue à augmenter au Canada, mais pas au rythme auquel augmente la prévalence de l'obésité de classes II (IMC : 35,00 kg/m² – 39,99 kg/m²) et III ($\geq 40,00$ kg/m²).
- Le nombre de chirurgies bariatriques a baissé en 2017–2018 dans certaines provinces.
- La chirurgie bariatrique n'est offerte chaque année qu'à 1 adulte canadien sur 171 (soit 0,58 %) présentant une obésité de classe II ou III. Il s'agit d'une légère amélioration par rapport à l'accès à la chirurgie bariatrique rapporté en 2017.
- Il y a une grande inégalité dans l'accès à la chirurgie bariatrique au Canada. Cela peut aller de 1 adulte sur 96 présentant une obésité de classe II ou III au Québec à 1 sur 1073 en Nouvelle-Écosse.

Accès à la chirurgie bariatrique

Nombre de chirurgies bariatriques au Canada (par province) entre 2009 et 2018

Province	2009–2010	2010–2011	2011–2012	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Terre-Neuve-et-Labrador	0	0	38	84	108	104	101	133	115
Nouvelle-Écosse	59	61	51	62	62	47	51	67	64
Nouveau-Brunswick	127	152	164	135	146	258	307	263	288
Québec	1 496	1 759	1 894	1 988	2 411	3 250 ^a	3 337 ^a	3 466 ^a	4 005 ^a
Ontario	932	1 855	2 511	2 846	2 833	3 063	3 503	3 853	4 297
Manitoba	0	41	89	104	123	134	197	196	193
Saskatchewan	47	62	81	78	90	111	82	99	81
Alberta	296	378	438	514	540	596	635	816	933
Colombie-Britannique	179	129	149	178	212	341	370	360	388
Canada	3 136	4 437	5 415	5 989	6 525	7 905	8 583	9 381	10 276

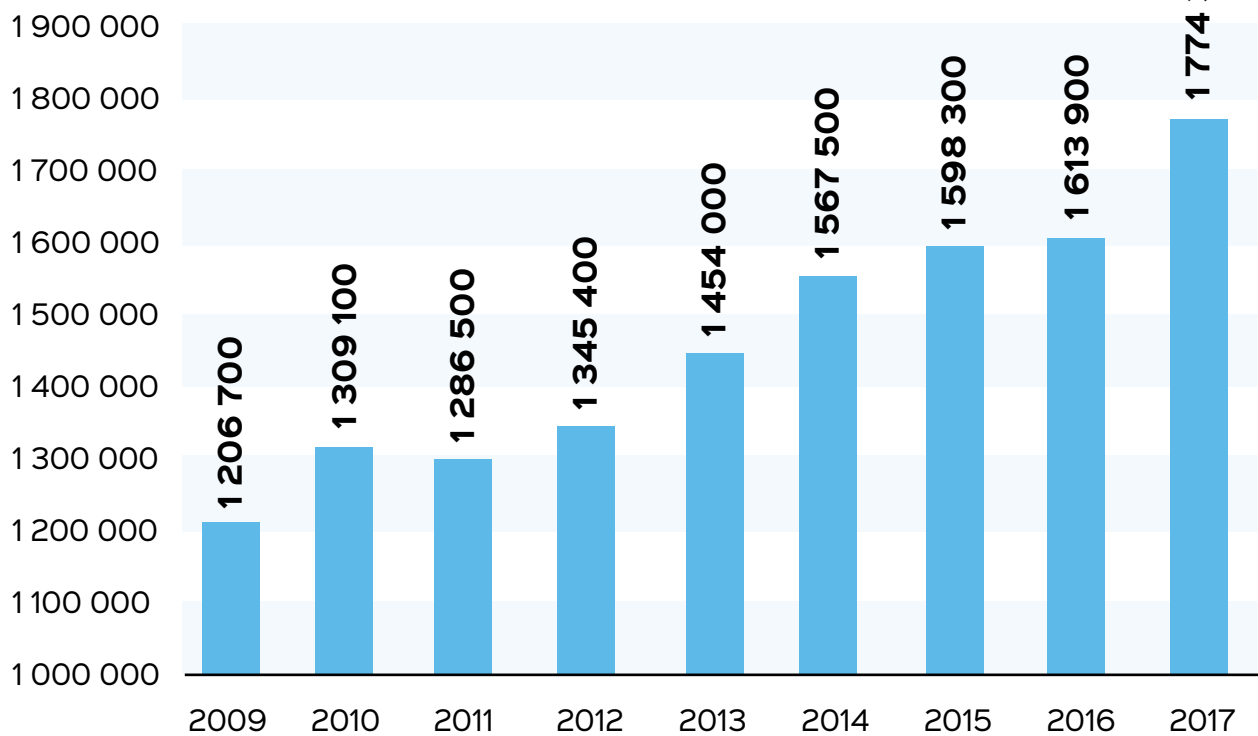
Source : Rapport de l'ICIS (19 octobre 2018)

Notes :

^a Ce chiffre a été rapporté lors d'une communication avec un décideur québécois. Dans le cadre de l'entente entre le gouvernement du Québec et l'ICIS, les données transmises par le Québec et détenues par l'ICIS ne peuvent être utilisées qu'à des fins spécifiques. Par conséquent, l'ICIS n'était pas autorisé à nous communiquer les données demandées.

Accès à la chirurgie bariatrique

Nombre d'adultes présentant une obésité de classes II et III au Canada



Source : Statistique Canada, ESCC, 2009-2017. Reproduit et diffusé « tel quel » avec la permission de Statistique Canada.

Accès à la chirurgie bariatrique

Note pour l'accès à la chirurgie bariatrique au Canada en 2019 et évolution de la note depuis 2017

Provinces/ Territoires	Adultes atteints d'obésité de classe II ou III ^a	Nombre de chirurgies bariatriques en 2017-2018 ^b	Nombre de chirurgies/ 1000 adultes atteints d'obésités II ou III	Accès à la chirurgie bariatrique en 2017	Accès à la chirurgie bariatrique en 2019	Note en 2019	Évolution de la note
Terre-Neuve-et-Labrador	48 200	115	2,39	1 sur 390	1 sur 419	F	Non
Nouvelle-Écosse	68 700	64	0,93	1 sur 1 312	1 sur 1 073	F	Non
Nouveau-Brunswick	64 100	288	4,49	1 sur 168	1 sur 223	F	Non
Québec	376 900	4 005 ^c	10,62	1 sur 94	1 sur 96	D	Non
Ontario	663 800	4 297	6,47	1 sur 178	1 sur 154	F	Non
Manitoba	82 700	193	2,33	1 sur 339	1 sur 428	F	Non
Saskatchewan	86 500	81	0,94	1 sur 806	1 sur 1 068	F	Non
Alberta	199 400	933	4,68	1 sur 303	1 sur 214	F	Non
Colombie-Britannique	175 900	388	2,21	1 sur 386	1 sur 453	F	Non
Canada	1 774 300	10 364	5,84	1 sur 185	1 sur 171	F	Non

Notes :

^a Source : Statistique Canada, CCHS, 2017. Répondants de 18 ans et plus excluant les femmes enceintes. Reproduit et diffusé « tel quel » avec la permission de Statistique Canada.

^b Source : rapport de l'ICIS (19 octobre 2018).

^c Ce chiffre a été rapporté lors d'une communication avec un décideur québécois. Dans le cadre de l'entente entre le gouvernement du Québec et l'ICIS, les données transmises par le Québec et détenues par l'ICIS ne peuvent être utilisées qu'à des fins spécifiques. Par conséquent, l'ICIS n'était pas autorisé à nous communiquer les données demandées.

Note Critères d'évaluation

A

Au moins 1 adulte sur 10 présentant une obésité de classe II ou III a accès à la chirurgie bariatrique.

B

Au moins 1 adulte sur 25 présentant une obésité de classe II ou III a accès à la chirurgie bariatrique.

C

Au moins 1 adulte sur 50 présentant une obésité de classe II ou III a accès à la chirurgie bariatrique.

D

Au moins 1 adulte sur 100 présentant une obésité de classe II ou III a accès à la chirurgie bariatrique.

F

Moins de 1 adulte sur 100 présentant une obésité de classe II ou III a accès à la chirurgie bariatrique.



Constatations en 2019 : Temps d'attente pour la chirurgie bariatrique

- › Les ressources limitées et le nombre croissant de cas adressés en chirurgie bariatrique par les médecins ont entraîné des temps d'attente inacceptables.
- › Une bonne partie du temps d'attente auquel doivent faire face les patients envoyés en chirurgie bariatrique se situe entre la recommandation du médecin traitant et la consultation avec le spécialiste. Dans la plupart des provinces, le temps d'attente est de deux ans ou plus, et cela peut aller jusqu'à quatre ou cinq ans.
- › En général, le temps d'attente entre la consultation avec le spécialiste et l'opération est de 6 à 12 mois.
- › C'est en Nouvelle-Écosse que le temps d'attente entre la recommandation du médecin traitant et la consultation avec le spécialiste est le plus long (106 mois); toutefois, le temps d'attente entre la consultation avec le spécialiste et la chirurgie y est le plus court (3 mois).
- › Le Nouveau-Brunswick a réussi à réduire à huit mois le temps d'attente entre la recommandation du médecin traitant et la consultation avec le spécialiste.
- › Le temps d'attente peut grandement varier d'une province à l'autre.

Les critères d'évaluation du temps d'attente entre la recommandation du médecin traitant et la consultation avec le spécialiste, et entre la consultation et l'opération ont été établis sur la base des normes définies par l'ATA (Alliance sur les temps d'attente) concernant le temps d'attente avant d'accéder à un traitement pour d'autres maladies. Les médecins de l'ATA ont défini des normes et des indicateurs pour déterminer le temps médicalement acceptable le plus long qu'un patient devrait attendre avant de recevoir un traitement. Dans son *Bulletin national de 2014 sur les temps d'attente*³⁷, l'ATA a proposé des normes de temps d'attente acceptables en ce qui concerne des maladies ou des procédures courantes comme les soins de l'arthrite, du cancer et du cœur, ainsi que les salles d'urgence, la chirurgie générale, le remplacement d'articulations (arthroplastie), la chirurgie plastique et autres. Bien qu'ils n'aient pas énoncé de normes pour la chirurgie bariatrique, deux des domaines spécialisés qui partagent des traitements similaires sont la chirurgie générale et l'arthroplastie (du fait qu'il s'agit aussi de procédures électives). En chirurgie générale, le temps d'attente maximum pour un cas électif est de 16 semaines. On définit un « cas électif » comme une situation dans laquelle le problème cause un minimum de douleur, de dysfonctionnement ou d'incapacité. Dans le domaine de l'arthroplastie (de la hanche et du genou), la norme est de trois mois pour la consultation avec le spécialiste et de six mois après la consultation pour l'opération.

Accès à la chirurgie bariatrique

Note pour le temps d'attente pour la chirurgie bariatrique au Canada en 2019 et évolution de la note depuis 2017

Provinces	Temps d'attente entre la recommandation du médecin traitant et la consultation avec le spécialiste	Note en 2019	Évolution de la note	Temps d'attente entre la consultation et la chirurgie	Note en 2019	Évolution de la note
Terre-Neuve-et-Labrador	8 mois	<i>C</i>	Non	8 mois	<i>B</i>	Amélioration
Nouvelle-Écosse	106 mois	<i>F</i>	Non	3 mois	<i>A</i>	Amélioration
Nouveau-Brunswick	48-84 mois	<i>F</i>	Non	Jusqu'à 12 mois	<i>B</i>	Amélioration
Québec	24 mois	<i>F</i>	Non	6-12 mois	<i>B</i>	Non
Ontario	De la recommandation au programme médical : jusqu'à 24 mois	<i>F</i>	Non	6-12 mois	<i>B</i>	Non
Manitoba	72 mois	<i>F</i>	Non	6-8 mois	<i>B</i>	Amélioration
Saskatchewan	36 mois	<i>F</i>	Non	6-12 mois	<i>B</i>	Non
Alberta	18-24 mois	<i>F</i>	Non	Plus de 12 mois	<i>C</i>	Non
Colombie-Britannique	Jusqu'à 24 mois	<i>F</i>	Non	Jusqu'à 12 mois	<i>B</i>	Non

Note	Temps d'attente	
	De la recommandation à la consultation	De la consultation à la chirurgie
<i>A</i>	Moins de 3 mois	Moins de 6 mois
<i>B</i>	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 et 12 mois
<i>C</i>	Entre 6 et 9 mois	Entre 12 et 18 mois
<i>D</i>	Entre 9 et 12 mois	Entre 18 et 24 mois
<i>F</i>	Plus de 12 mois	Plus de 24 mois

Accès à la chirurgie bariatrique



Principal message :

Selon les dernières estimations (2017), il y avait au Canada 1 774 300 adultes présentant une obésité de classe II ou III qui pouvaient être admissibles à une chirurgie bariatrique. Sur la base de cette information et du nombre de chirurgies bariatriques effectuées au Canada en 2017–2018, il en ressort que cette opération n'est accessible qu'à 0,58 % des adultes susceptibles de pouvoir en bénéficier, soit moins de 1 sur 171. Si l'accès à la chirurgie bariatrique s'est légèrement amélioré depuis le dernier rapport, il n'a pas augmenté au même rythme que l'incidence de l'obésité grave. Au Canada, les temps d'attente pour la chirurgie bariatrique sont les plus longs de ceux qu'on associe aux maladies traitables par la chirurgie. Le risque que les patients décèdent en attendant une opération de chirurgie bariatrique reste élevé²⁹. Malgré une augmentation globale du nombre d'opérations réalisées au Canada, le nombre d'opérations de chirurgie bariatrique a chuté dans certaines provinces en 2017–2018. Actuellement, l'accès à la chirurgie bariatrique et le temps d'attente pour l'obtenir sont inacceptables au Canada.

Références

1. James WP. WHO recognition of the global obesity epidemic. *Int J Obes*. 2008 Dec;32(Suppl 7):S120–6.
2. Katzmarzyk PT, Ardern CI. Overweight and obesity mortality trends Canada, 1985–2000. *Can J Public Health*. 2004;95(1):16–20.
3. Puhl RM, Suh Y. Health consequences of weight stigma: implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep*. 2015;4(2):182–90.
4. Kahan S, Puhl RM. The damaging effects of weight bias internalization. *Obesity*. 2017 Jan;25(2):280–1.
5. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. *Psychol Sci*. 2015 Nov;26(11):1803–11.
6. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 2009;17:941–64.
7. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *Can Med Assoc J*. 2007;176(8):s1–13.
8. Canadian Obesity Network-Réseau canadien en obésité. Report card on access to obesity treatment for adults in Canada 2017 [Internet]. Edmonton, Canada; 2017. Available from: <https://obesitycanada.ca/publications/canadians-lack-access-obesity-treatments-support-report-card/>
9. Montesi L, El Ghoch M, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, Dalle Grave R. Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2016;9:37–46.
10. Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of obesity: weight loss and bariatric surgery. *Circ Res*. 2016 May;118(11):1844–55.
11. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, *et al*. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report. *Lancet* [Internet]. 2019 Feb;393(10173):791–846. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32822-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8)
12. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm JC, Nowicka P, O'Malley G, *et al*. Childhood obesity is a chronic disease demanding specific health care—a position statement from the Childhood Obesity Task Force of the European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts*. 2015;8(5):342–9.
13. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, *et al*. European guidelines for obesity management in adults. *Obes Facts*. 2015;8(6):402–24.
14. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a disease: the Obesity Society 2018 position statement. *Obesity* [Internet]. 2019 Jan 1;27(1):7–9. Available from: <https://doi.org/10.1002/oby.22378>
15. World Obesity Federation. About Obesity [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 21]. Available from: <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity%0A>
16. CMA recognizes obesity as a disease [Internet]. Ottawa, ON: Canadian Medical Association; 2015. Available from: <https://web.archive.org/web/20181023022440/https://www.cma.ca/En/Pages/cma-recognizes-obesity-as-a-disease.aspx>
17. Health Canada. Canada's dietary guidelines for health professionals and policy makers [Internet]. Ottawa, Canada: Her Majesty the Queen in Right of Canada; 2019. 62 p. Available from: <https://food-guide.canada.ca/en/guidelines/section-2-foods-and-beverages-that-undermine-healthy-eating/>
18. Statistics Canada. Obesity in Canadian adults, 2016 and 2017 [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 15]. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2018033-eng.htm>
19. Obesity Canada-Obésité Canada. Yukon Medical Association becomes second PTMA to recognize obesity as a chronic disease [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 22]. Available from: <https://obesitycanada.ca/con-news/yukon-medical-association-becomes-second-ptma-to-recognize-obesity-as-a-chronic-disease/>

20. Gagnon C, Brown C, Couture C, Kamga-Ngande CN, Hivert MF, Baillargeon JP, *et al.* A cost-effective moderate-intensity interdisciplinary weight-management programme for individuals with prediabetes. *Diabetes Metab.* 2011 Nov;37(5):410–8.
21. Kamga-Ngande CN, Carpentier AC, Nadeau-Marcotte F, Ardilouze J-L, Baillargeon J-P, Bellabarba D, *et al.* Effectiveness of a multidisciplinary program for management of obesity: the Unite d'Enseignement, de Traitement et de Recherche sur l'Obesite (UETRO) database study. *Metab Syndr Relat Disord.* 2009 Aug;7(4):297–304.
22. Wharton S, VanderLelie S, Sharma AM, Sharma S, Kuk JL. Feasibility of an interdisciplinary program for obesity management in Canada. *Can Fam Physician.* 2012 Jan;58(1):e32–8.
23. Canadian Broadcasting Corporation. Clinic closure leaves Nova Scotia with no obesity management programs. CBC News [Internet]. 2017 Aug 18; Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/clinic-closure-leaves-nova-scotia-with-no-obesity-management-programs-1.4250873>
24. Alexander L. The benefits of obesity medicine certification. *Am J Lifestyle Med* [Internet]. 2018 Dec 17;13(2):161–4. Available from: <https://doi.org/10.1177/1559827618818041>
25. Ontario Bariatric Network. Optifast Pricing [Internet]. [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://www.ontariobariatricnetwork.ca/obn-members/obn-directives-protocols/optifast-pricing>
26. Valeant Canada. Valeant Canada announces Health Canada approval of CONTRAVE® extended-release tablets for chronic weight management in adults. Cision [Internet]. 2018 Mar 26. Available from: <https://www.newswire.ca/news-releases/valeant-canada-announces-health-canada-approval-of-contrave-extended-release-tablets-for-chronic-weight-management-in-adults-677910423.html>
27. Diabetes Canada. Formulary listings for diabetes medications in Canada [Internet]. 2018. Available from: <https://web.archive.org/web/20180929012617/https://www.diabetes.ca/publications-newsletters/advocacy-reports/provincial-territorial-formulary-chart>
28. Law MR, Kratzer J, Dhalla IA. The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. *CMAJ.* 2014 Sep;186(12):E470–474.
29. Christou N V, Efthmiou E. Bariatric surgery waiting times in Canada. *Can J Surg.* 2009;52(3):229–34.
30. Christou N V, Sampalis JS, Liberman M, Look D, Auger S, McLean APH, *et al.* Surgery decreases long-term mortality, morbidity, and health care use in morbidly obese patients. *Ann Surg.* 2004 Sep;240(3):416–24.
31. Peeters A, O'Brien PE, Laurie C, Anderson M, Wolfe R, Flum D, *et al.* Substantial intentional weight loss and mortality in the severely obese. *Ann Surg.* 2007 Dec;246(6):1028–33.
32. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, *et al.* Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med.* 2007;357:741–52.
33. Busetto L, Mirabelli D, Petroni ML, Mazza M, Favretti F, Segato G, *et al.* Comparative long-term mortality after laparoscopic adjustable gastric banding versus nonsurgical controls. *Surg Obes Relat Dis.* 2007;3(5):496–502.
34. Courcoulas AP, Yanovski SZ, Bonds D, Eggerman TL, Horlick M, Staten MA, *et al.* Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium. *JAMA Surg.* 2014 Dec;149(12):1323–9.
35. Chang S, Stoll CRT, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003–2012. *JAMA Surg.* 2014;149(3):275–87.
36. Rosa Fortin MM, Brown C, Ball GD, Chanoine JP, Langlois MF. Weight management in Canada: an environmental scan of health services for adults with obesity. *BMC Heal Serv Res.* 2014 Feb 12;14:69.
37. Wait Time Alliance. Time to Close the Gap: *Report Card on Wait Times in Canada.* Ottawa, Canada; 2014.

obesity
canada



obésité
canada