



L'état des soins pour l'obésité au Canada

Rapport de référence

© 2026 Obésité Canada. Tous droits réservés.

Ce rapport est destiné uniquement à des fins d'information, d'éducation et de discussion sur les politiques. Il n'est pas destiné à fournir des conseils médicaux, juridiques ou d'autres conseils professionnels, et il ne doit pas être considéré comme un substitut aux conseils d'un professionnel qualifié.

Tous les efforts ont été investis pour garantir l'exactitude des informations au moment de la publication. Cependant, les données probantes, les politiques, les programmes, les décisions de couverture et les systèmes de santé continuent d'évoluer. Cette publication reflète les meilleures données probantes et connaissances disponibles au moment de sa publication. Obésité Canada, les auteurs et les contributeurs n'acceptent aucune responsabilité pour les erreurs ou les omissions, ou pour toute action ou décision prise sur la base des informations contenues dans ce rapport.

La référence à tout produit, tout traitement, tout médicament, tout programme, tout service, toute organisation ou toute politique ne constitue pas une approbation par Obésité Canada, sauf indication explicite.

Obésité Canada encourage l'utilisation, le partage et la citation de cette publication pour faire progresser les soins et les politiques en matière d'obésité fondés sur des données probantes. Quand vous faites référence à ce rapport, veuillez utiliser la citation recommandée fournie.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée dans un système de recherche ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation écrite préalable d'Obésité Canada, sauf dans les cas autorisés par la loi applicable sur le droit d'auteur, y compris de brèves citations avec une attribution appropriée à des fins de recherche, d'éducation, de critique, de revue, de reportage d'actualité, de discussion sur les politiques ou à d'autres fins d'utilisation équitable.

Pour citer ce rapport

Obésité Canada. L'état des soins pour l'obésité au Canada : Rapport de référence 2025. Edmonton, Alberta : Obésité Canada, juin 2026.

Disponible sur : <https://obesitycanada.ca/understanding-obesity/state-of-obesity-care-canada/>.

Auteur principal correspondant

Dr Ian Patton

Adresse courriel : ian@obesitycanada.ca

Obésité Canada

#1 100, 10 004, 104 ave. NO

Edmonton (Alberta) T5J 0K1

Pour les demandes générales : info@obesitycanada.ca

Pour les demandes des médias : media@obesitycanada.ca

**Bâtissons un Canada
où la santé n'est pas définie
par le poids, mais par la liberté
de s'épanouir**



Table des matières

Avant-propos	6
Sommaire exécutif	7
Nos constats : cinq lacunes dans les soins pour l'obésité au Canada	8
Bâtir un meilleur système de soins pour l'obésité au Canada	9
Pourquoi les soins pour l'obésité au Canada doivent changer maintenant	10
Comment le rapport de référence a été élaboré	14
L'état des soins pour l'obésité au Canada	16
Constat n° 1 : le Canada ne mesure pas ce qui est important en matière d'obésité.	17
Constat n° 2 : l'accès aux soins de première ligne n'est pas synonyme d'accès aux soins pour l'obésité.	20
Constat n° 3 : l'accès à la chirurgie dépend trop du lieu de résidence.	28
Constat n° 4 : l'utilisation de médicaments augmente, mais pas la couverture.	32
Constat n° 5 : les soins psychologiques sont essentiels, mais souvent invisibles.	40
Ce qui doit changer	44
À quoi ressemblent de meilleurs soins pour l'obésité au Canada	47
L'avenir des soins pour l'obésité	48
Remerciements	50
Annexes	52

Avant-propos

Le Canada a contribué à changer la façon dont le monde comprend l'obésité. Maintenant, nous devons changer la façon dont l'obésité est traitée au pays.

Depuis plus de deux décennies, Obésité Canada s'efforce de changer la façon dont l'obésité est perçue, prise en charge et comprise. En nous basant sur la science et sur notre expérience, nous réunissons des personnes vivant avec l'obésité, des professionnels de la santé, des chercheurs, des décideurs et des communautés pour promouvoir une meilleure compréhension, de meilleurs soins et de meilleurs systèmes.

En 2020, les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte ont contribué à redéfinir l'obésité comme une maladie chronique complexe nécessitant une évaluation, un traitement et une prise en charge continue. Son influence s'est étendue bien au-delà du Canada, façonnant les discussions cliniques et les soins à l'échelle mondiale. Les lignes directrices cliniques canadiennes ont été adaptées ou adoptées dans plusieurs pays du monde depuis leur publication.

Mais ici, au Canada, la mise en œuvre n'a pas suivi.

Les Canadiens vivant avec l'obésité sont toujours confrontés à un système qui traite les complications sans s'occuper de la maladie en soi. La tension artérielle peut être traitée. Le diabète peut être surveillé. L'apnée du sommeil peut être prise en charge. Mais l'obésité peut ne jamais être diagnostiquée, abordée avec respect ou prise en charge par un plan de soins à vie.

Ce rapport porte sur cette lacune.

Les bulletins de 2017 et 2019 d'Obésité Canada ont documenté des lacunes majeures dans l'accès aux soins pour l'obésité fondés sur des données probantes. Depuis, la science a progressé. Les options de traitement se sont élargies. Les directives cliniques sont devenues plus complètes.

Nous avons donc posé une question pratique : à quoi ressemblent réellement les soins pour l'obésité au Canada aujourd'hui?

La réponse n'est pas simple. Les soins sont façonnés par les politiques, le financement, les mesures, la formation, la géographie, la stigmatisation et l'accès. Ils sont façonnés par ce que les systèmes choisissent de reconnaître, ce qu'ils choisissent de couvrir et ce qu'ils choisissent de prendre en compte.

Ce rapport ne classe pas les juridictions et ne cherche pas à désigner des coupables. Il crée une base de référence plus claire pour orienter la prise d'actions et mesurer les progrès.

Le Canada dispose de la science. Le Canada dispose des directives cliniques. Le Canada compte des personnes ayant de l'expérience personnelle, ainsi que des chercheurs et des professionnels de la santé reconnus mondialement prêts à aider à mettre en place de meilleurs systèmes de soins.

Ce dont nous avons besoin maintenant, c'est d'aligner ce que nous savons et ce que font nos systèmes.

Les Canadiens vivant avec l'obésité méritent des soins fondés sur la science qui respectent leur dignité et soutiennent leur santé au fil du temps.

C'est l'avenir que ce rapport demande au Canada de bâtir.



Dr. Ian Patton
directeur de la défense des intérêts
et de l'engagement public,
Obésité Canada



Lisa Schaffer
directrice générale,
Obésité Canada



Dr. Sanjeev Sockalingam
directeur scientifique,
Obésité Canada

Sommaire exécutif

Le Canada a contribué à changer la façon dont le monde comprend l'obésité. Maintenant, nos systèmes et nos politiques au Canada doivent s'adapter.

L'obésité est une maladie chronique progressive et récurrente qui peut affecter la santé physique, la santé mentale, le fonctionnement et la qualité de vie. Elle touche environ 30 % des adultes canadiens¹, est associée à plus de 200 autres problèmes de santé et le coût estimé de l'inaction dans le traitement de l'obésité a atteint 27,6 milliards de dollars en 2023².

Ce rapport pose la question : à quoi ressemblent réellement les soins pour l'obésité au Canada aujourd'hui?

La réponse est contrastée.

Le Canada dispose de directives cliniques, de traitements, d'une expertise en recherche et de personnes ayant de l'expérience personnelle qui travaillent à l'amélioration des soins. Mais les politiques, le financement, les mesures et l'accès ne sont pas toujours à jour. Les soins pour l'obésité au Canada dépendent souvent de la région, des revenus, de la couverture des prestations, de la capacité locale et du fait qu'un professionnel de la santé ait la formation, les outils et la confiance nécessaires pour fournir des soins pour l'obésité fondés sur des données probantes.

Ce rapport de référence n'est pas destiné à classer les juridictions. Il crée une base de référence plus claire pour la prise d'actions.

Obésité Canada est le principal organisme de bienfaisance enregistré au Canada dans le domaine de la santé axé sur l'obésité.

¹ Statistique Canada. Changement de poids au fil du temps et obésité au Canada, 2026. Consulté le 5 juin 2026 [https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2026019-fra.htm]

² Chen, F., Sapra, T., Natale, Z. et coll. Modeling the cost of inaction in treating obesity in Canada. BMC Public Health 25, 865 (2025). https://doi.org/10.1186/s12889-025-21905-2

Nos constats :

Cinq lacunes dans les soins pour l'obésité au Canada

1 Le Canada ne mesure pas ce qui est important en matière d'obésité.

L'obésité n'est pas systématiquement définie, diagnostiquée, suivie ou surveillée comme une maladie chronique.

2 L'accès aux soins de première ligne n'est pas synonyme d'accès aux soins pour l'obésité.

L'évaluation, le traitement et la référence fondés sur des données probantes ne sont pas garantis.

3 L'accès à la chirurgie dépend trop du lieu de résidence.

La référence, les délais d'attente, l'admissibilité, la prise en charge préopératoire et le suivi continu varient d'un bout à l'autre du Canada.

4 L'utilisation de médicaments augmente, mais pas la couverture.

L'accès dépend souvent de la capacité de payer, du régime de prestations et des règles d'assurance plutôt que des besoins cliniques.

5 Les soins psychologiques sont essentiels, mais souvent invisibles.

Le soutien psychologique et comportemental est un pilier essentiel des soins, mais il est souvent difficile d'y accéder, de le financer et de le mesurer.



Bâtir un meilleur système de soins pour l'obésité au Canada

Le Canada a besoin d'un plan d'action coordonné pour :

- ◆ reconnaître officiellement l'obésité comme une maladie chronique;
- ◆ moderniser les mesures et la surveillance;
- ◆ intégrer les soins pour l'obésité dans les soins de première ligne et la prise en charge des maladies chroniques;
- ◆ développer la formation et les outils pratiques pour les professionnels de la santé;
- ◆ financer des soins pour l'obésité complets et fondés sur des données probantes;
- ◆ investir dans la réduction des préjugés et de la stigmatisation liés au poids dans les systèmes de soins de santé, les politiques et les systèmes publics.

Les personnes vivant avec l'obésité méritent d'avoir accès à des soins fondés sur la science qui respectent leur dignité et soutiennent leur santé au fil du temps.

Le Canada a contribué à façonner la science des soins pour l'obésité. Il a maintenant l'occasion de bâtir des systèmes à la hauteur.



Pourquoi les soins pour l'obésité au Canada doivent changer maintenant

Le Canada a réalisé d'importants progrès dans la façon dont nous comprenons l'obésité. La science a progressé. Les directives cliniques ont progressé. Les options de traitement ont progressé.

Mais pour de nombreuses personnes vivant avec l'obésité, les systèmes qui les entourent n'ont pas suivi.

L'obésité est une maladie chronique progressive et récurrente caractérisée par une adiposité anormale ou excessive qui nuit à la santé. Il ne s'agit pas simplement d'une question de taille, de poids ou de choix personnels. Elle est façonnée par des interactions complexes entre la biologie, la génétique, l'environnement, la santé mentale, les facteurs sociaux et les systèmes dans lesquels les gens vivent.

30 %

**des adultes
canadiens vivent
avec l'obésité³**

* selon les définitions actuelles
basées sur l'IMC

27,6 milliards de dollars

**coût annuel estimé
de l'inaction dans
le traitement de
l'obésité au Canada⁵**

Plus de 200

**complications
complications
associées à
l'obésité⁴**

³ Statistique Canada. Un aperçu des mesures relatives au poids et à la taille dans le cadre de la Journée internationale de l'obésité. Disponible sur : <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/5742-un-aperçu-des-mesures-relatives-au-poids-et-la-taille-dans-le-cadre-de-la-journée>.

⁴ Yuen MMA. Health Complications of Obesity : 224 Obesity-Associated Comorbidities from a Mechanistic Perspective. Gastroenterol Clin North Am. juin 2023;52(2):363-380. doi : 10.1016/j.gtc.2023.03.006.

⁵ Chen, F., Sapra, T., Natale, Z. et coll. Modeling the cost of inaction in treating obesity in Canada. BMC Public Health 25, 865 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21905-2>

La façon dont le Canada définit l'obésité définit la manière dont le Canada y répond

Quand l'obésité est traitée comme un problème de mode de vie, les gens se retrouvent souvent avec des conseils trop limités, des soins trop fragmentés et des systèmes qui ne reflètent pas la réalité de la maladie.

Lorsque l'obésité est comprise comme une maladie chronique, une responsabilité différente émerge. Les systèmes de santé doivent être en mesure de la diagnostiquer, de la mesurer, de la traiter, de la surveiller et de prendre en charge les personnes au fil du temps.

Pour les personnes vivant avec l'obésité, la reconnaissance incohérente de l'obésité comme une maladie chronique façonne chaque étape des soins. Cela influence le fait que l'obésité soit diagnostiquée, que les options de traitement soient discutées, que des références soient disponibles, que les médicaments soient couverts, que la chirurgie soit accessible et qu'une prise en charge à vie soit intégrée au système. Lorsque les politiques ne reflètent pas la science, l'accès aux soins devient intrinsèquement inégal.

Ce n'est pas encore le cas de façon systématique au Canada.

L'obésité est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes chez les Canadiens

Les estimations actuelles suggèrent qu'environ 30 % des adultes canadiens vivent avec l'obésité⁶. L'obésité est également associée à plus de 200 autres problèmes de santé⁷. Quand l'obésité n'est pas traitée tôt, ses effets se manifestent souvent plus tard dans l'ensemble du système de santé sous forme d'hypertension, de diabète de type 2, d'apnée obstructive du sommeil, de maladies cardiovasculaires, de certains cancers, de problèmes de santé mentale et plus encore.

Des soins pour l'obésité précoces et fondés sur des données probantes peuvent aider à réduire le risque et l'impact des complications associées, tout en allégeant la pression sur le système de santé canadien.

Cela a un impact aux niveaux personnel, social et économique. Les personnes vivant avec l'obésité sont souvent confrontées à des préjugés liés au poids, à la stigmatisation et à la discrimination dans la vie quotidienne, sur le lieu de travail et dans les établissements de soins de santé. Ces expériences peuvent affecter la santé mentale, leur faire éviter les soins de santé et compliquer la réception de soins respectueux et fondés sur des données probantes. Parallèlement, l'obésité non traitée exerce une pression importante sur le système de santé, la main-d'œuvre et l'économie du Canada. Le coût estimé de l'inaction dans le traitement de l'obésité au Canada a atteint 27,6 milliards de dollars en 2023⁸.

⁶ Statistique Canada. Changement de poids au fil du temps et obésité au Canada, 2026. Consulté le 5 juin 2026 [https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2026019-fra.htm]

⁷ Rubino F, Cummings DE, Eckel RH, Cohen RV, et coll. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. Lancet Diabetes Endocrinol. mars 2025;13(3):221-262. doi : 10.1016/S2213-8587(24)00316-4. Epub, 14 janvier 2025. Erratum dans : Lancet Diabetes Endocrinol. mars 2025;13(3):e6. doi : 10.1016/S2213-8587(25)00006-3.

⁸ Chen, F., Sapra, T., Natale, Z. et coll. Modeling the cost of inaction in treating obesity in Canada. BMC Public Health 25, 865 (2025). https://doi.org/10.1186/s12889-025-21905-2

Le besoin de meilleurs soins pour l'obésité n'est pas nouveau.

En 2017 et 2019, Obésité Canada a publié des bulletins sur l'accès au traitement de l'obésité pour les adultes au Canada. Ces rapports ont révélé d'importantes lacunes dans l'accès du public à des soins pour l'obésité fondés sur des données probantes, y compris les interventions comportementales, les équipes interdisciplinaires, les médicaments sur ordonnance pour l'obésité et la chirurgie bariatrique métabolique.

Depuis, le domaine a considérablement évolué.

En 2020, les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte ont recadré les soins pour l'obésité autour d'une compréhension moderne de l'obésité en tant que maladie chronique. Ces Lignes directrices ont souligné que les soins de l'obésité devraient se concentrer sur l'amélioration de la santé, du fonctionnement et de la qualité de vie, et pas simplement sur la perte de poids.

Les Lignes directrices ont également décrit une approche plus complète des soins, y compris une évaluation exhaustive, la réduction des préjugés et de la stigmatisation liés au poids, des interventions psychologiques et comportementales (y compris la thérapie nutritionnelle médicale et l'activité physique), la pharmacothérapie et la chirurgie bariatrique métabolique.

En 2025, les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité pédiatrique ont ajouté d'autres directives pour les enfants et les adolescents, renforçant la nécessité de soins compatissants, centrés sur la famille et fondés sur des données probantes tout au long de la vie.

Ce rapport pose une question différente : maintenant que le Canada dispose de données probantes scientifiques plus solides et de directives cliniques plus claires, à quoi ressemblent réellement les soins pour l'obésité dans l'ensemble du pays?

Ces directives offrent une voie à suivre plus claire et fondée sur des données probantes. Mais les lignes directrices à elles seules ne changent pas les systèmes.

La réponse est contrastée et, pour de nombreuses personnes, très inéquitable.

L'accès aux soins dépend de l'endroit où une personne vit, de ce qu'elle peut se permettre, de ce que ses prestations couvrent, des programmes qui existent à proximité et du fait qu'elle rencontre ou non un professionnel de la santé étant formé pour la prise en charge de l'obésité.

Dans l'ensemble des systèmes fédéraux, provinciaux et territoriaux, l'obésité est toujours définie, mesurée et traitée de manière incohérente. De nombreuses politiques continuent de s'appuyer sur des données obsolètes ou sur des approches basées uniquement sur l'IMC. L'obésité n'est pas systématiquement reconnue comme une maladie chronique dans les politiques gouvernementales.

Les systèmes de données ne suivent pas adéquatement le diagnostic, l'accès au traitement ou les résultats à long terme. Des soins de première ligne et des équipes interdisciplinaires existent, mais les soins pour l'obésité n'y sont pas systématiquement intégrés. Des traitements fondés sur des données probantes sont en principe disponibles, mais l'accès reste inégal à travers le pays.

Cela crée une lacune importante.

Le Canada dispose de lignes directrices de pratique clinique qui reconnaissent l'obésité comme une maladie chronique, mais de nombreuses personnes vivant avec l'obésité n'ont toujours pas accès aux soins pour les maladies chroniques. Le Canada a approuvé des traitements qui peuvent améliorer la santé, mais la couverture et la disponibilité restent limitées et trop chères. Le Canada compte des professionnels de la santé qui veulent aider, mais beaucoup n'ont pas reçu la formation, les outils ou le financement approprié pour fournir des soins pour l'obésité fondés sur des données probantes.

Résultat : un système où les personnes vivant avec l'obésité sont laissées à elles-mêmes pour faire face à une maladie chronique sans accès aux soins, à la couverture ou au soutien que la prise en charge des maladies chroniques au Canada devrait fournir.

Ce rapport établit une référence plus claire pour les soins pour l'obésité au Canada. En examinant la société, les systèmes et les pratiques, il identifie les domaines dans lesquels le Canada est aligné sur les données probantes actuelles, ceux dans lesquels des lacunes subsistent et ceux dans lesquels un plan d'action coordonné est nécessaire.

Son objectif n'est pas seulement de documenter les lacunes, mais aussi d'aider les gouvernements, les systèmes de santé, les professionnels de la santé, les chercheurs, les employeurs, les défenseurs des soins pour l'obésité et les communautés à comprendre à quoi pourraient ressembler de meilleurs soins pour l'obésité.

Le Canada ne part pas de zéro

Nous disposons de directives cliniques reconnues à l'échelle nationale et internationale. Nous avons des chercheurs qui font progresser la science. Nous avons des professionnels de la santé qui travaillent à changer les pratiques. Nous pouvons compter sur la contribution de personnes ayant une expérience vécue de l'obésité qui aident à définir ce que devraient être des soins respectueux. Le public est de plus en plus conscient que les préjugés liés au poids causent préjudice. Et nous comprenons mieux que les soins pour l'obésité doivent être fondés sur des données probantes, la dignité et une prise en charge à vie.

Ce dont le Canada a besoin maintenant, c'est d'un alignement.

L'alignement entre la science et les politiques.

L'alignement entre les lignes directrices et la prise en charge des soins.

L'alignement entre les options de traitement et la couverture.

L'alignement entre ce que nous mesurons et ce qui compte réellement pour la santé des gens.

L'alignement entre ce que nous disons être l'obésité et la façon dont nous soutenons les personnes qui vivent avec.

C'est pourquoi définir l'état des soins pour l'obésité au Canada est nécessaire maintenant.

Cela donne au Canada une base de référence. Cela démontre les lacunes du système. Et cela laisse entrevoir un avenir où l'obésité sera reconnue, évaluée, traitée et prise en charge comme la maladie chronique qu'elle est.

Le Canada dispose de la science. Maintenant, nous avons besoin de systèmes adéquats.



Comment le rapport de référence a été élaboré

Ce rapport a été conçu pour répondre à une question pratique : à quoi ressemblent réellement les soins pour l'obésité au Canada aujourd'hui?

Pour répondre à cette question, Obésité Canada s'est associé au Health Ethics, Law & Policy Lab de l'Université Western pour élaborer des indicateurs de référence basés sur les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte de 2020, avec la contribution du Comité consultatif scientifique d'Obésité Canada.

Ces indicateurs ont été conçus pour évaluer dans quelle mesure les politiques, les programmes et les structures actuels du système de santé sont alignés sur les soins pour l'obésité fondés sur des données probantes.

Ils ne sont pas destinés à classer les juridictions, mais à établir une base de référence, à identifier les lacunes et à mettre en évidence les points à améliorer.

L'élaboration des indicateurs de référence a commencé en juillet 2024. En décembre 2024, 37 indicateurs de référence avaient été sélectionnés pour examen. Entre janvier et juillet 2025, l'équipe de recherche a examiné les données probantes accessibles au public provenant de sources fédérales, provinciales et territoriales, y compris des documents gouvernementaux, des rapports sur les politiques, de la documentation évaluée par des pairs et des rapports d'associations et d'organisations non gouvernementales réputées. Deux examinateurs indépendants ont vérifié la pertinence des documents par rapport aux indicateurs de référence, et les divergences ont été réglées par consensus.

Comme pour tout rapport de référence, les résultats sont limités par la disponibilité des informations publiques. Dans certains cas, les lacunes dans les données probantes constituaient en elles-mêmes un constat important, soulignant la nécessité d'améliorer la mesure et la communication des données probantes sur les soins pour l'obésité au Canada.

37

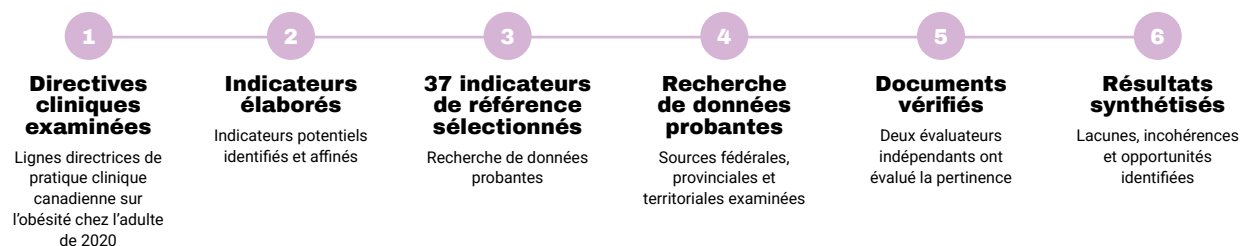
**indicateurs de référence
sélectionnés pour
examen**

Janvier à juillet 2025

**période de recherche
et d'analyse des données
probantes**

2 évaluateurs

**des évaluateurs indépendants
ont vérifié la pertinence
des documents**

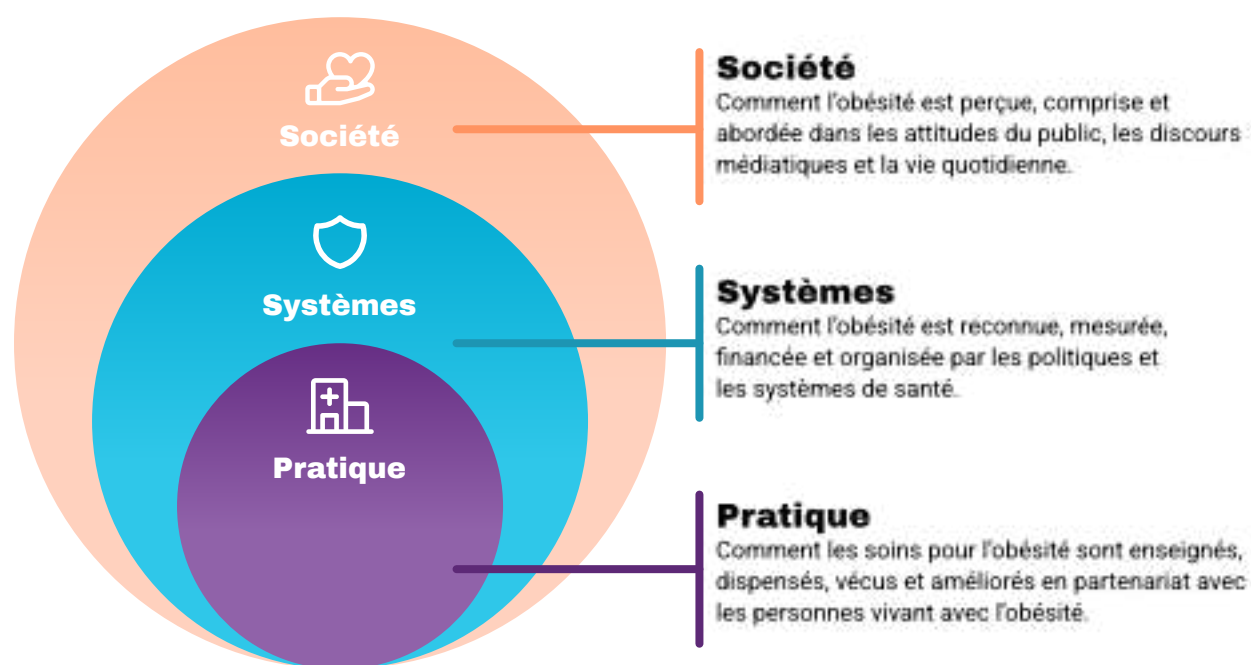




L'état des soins pour l'obésité au Canada

Les soins pour l'obésité au Canada ne sont pas façonnés par une décision, un programme ou une partie du système de santé. Ils sont façonnés par la manière dont l'obésité est comprise, mesurée, financée, enseignée, discutée et traitée à travers le pays.

Ce rapport examine les soins pour l'obésité à trois niveaux reliés :



Chaque niveau façonne les autres. Lorsque l'obésité est mal comprise, les systèmes sont moins susceptibles de la prioriser. Lorsque les systèmes ne mesurent pas ou ne financent pas les soins pour l'obésité, les professionnels de la santé sont privés de la prise en charge, des outils et du soutien dont ils ont besoin. Lorsque la pratique est incohérente, les personnes vivant avec l'obésité reçoivent des soins qui dépendent de la région où elles vivent, du coût, de la capacité locale et du hasard.

Les résultats qui suivent démontrent comment ces lacunes se renforcent mutuellement et où le Canada doit agir pour élaborer une approche plus coordonnée des soins pour l'obésité.

La première lacune commence par la mesure. Le Canada ne peut pas mettre en place des soins cohérents en matière d'obésité sans d'abord définir, reconnaître et suivre l'obésité d'une manière basée sur la science.

Le Canada ne mesure pas ce qui est important en matière d'obésité

Le Canada s'appuie sur des définitions incohérentes et des données incomplètes pour comprendre l'une des maladies chroniques les plus courantes au pays.

Un système de santé peut uniquement planifier les besoins qu'il peut voir. À l'heure actuelle, la vision du Canada sur les soins pour l'obésité est incomplète.

Pour les personnes vivant avec l'obésité, cette vision incomplète peut se traduire par des soins qui traitent les complications, mais négligent la maladie : la tension artérielle est surveillée, le diabète est suivi, l'apnée du sommeil est traitée, mais l'obésité elle-même peut ne jamais être diagnostiquée ou prise en charge par un plan de soins à vie.

Dans l'ensemble des systèmes fédéraux, provinciaux et territoriaux, l'obésité est toujours définie et décrite de manière incohérente. Certaines politiques reconnaissent l'obésité comme une maladie chronique. D'autres la considèrent principalement comme un facteur de risque, un problème de mode de vie ou une question de prévention par l'alimentation et l'activité physique.

Cette incohérence va au-delà des termes utilisés. Cela influence ce qui est comptabilisé, ce qui est financé, quels services sont mis en place et si les personnes vivant avec l'obésité reçoivent des soins fondés sur les données actuelles.

Les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte de 2020 définissent l'obésité comme une maladie chronique progressive et récurrente caractérisée par un volume de graisse corporelle anormal ou excessif qui nuit à la santé. Cette définition va au-delà du poids. Elle reconnaît que l'obésité nécessite une évaluation clinique, y compris la façon dont l'excès de graisse corporelle ou la graisse corporelle anormale affecte la santé physique, la santé mentale, le fonctionnement et la qualité de vie d'une personne.

Les systèmes de mesure du Canada ne sont pas à jour avec cette définition

La plupart des données probantes sur l'obésité au niveau de la population reposent encore largement sur l'indice de masse corporelle, ou l'IMC. L'IMC peut aider à décrire les tendances de la population, mais il ne peut pas diagnostiquer à lui seul l'obésité chez une personne.

Il ne montre pas si la graisse corporelle nuit à la santé d'une personne, ni ne saisit les symptômes, les complications, la santé mentale, la mobilité, le fonctionnement quotidien, la qualité de vie, les expériences de préjugés liés au poids, l'accès au traitement ou les résultats à long terme.

À cause des données probantes manquantes derrière les soins pour l'obésité

Le Canada peut estimer le nombre de personnes qui entrent dans les catégories d'IMC, mais nous ne disposons pas de données probantes cohérentes qui répondent aux questions nécessaires pour planifier, fournir et évaluer les soins pour l'obésité, comme :

- ♦ Combien de personnes ont fait l'objet d'une évaluation clinique de l'obésité selon les lignes directrices cliniques actuelles?
- ♦ Combien ont reçu un diagnostic d'obésité en tant que maladie chronique?
- ♦ Qui a accès à un traitement pour l'obésité fondé sur des données probantes et qui n'y a pas accès?
- ♦ Quels traitements les gens reçoivent-ils au Canada?
- ♦ Quels sont les résultats en matière de santé et de qualité de vie obtenus grâce au traitement?

Les lacunes actuelles en matière de données font qu'il est plus facile de négliger l'obésité dans la prise en charge des maladies chroniques. Si les diagnostics d'obésité ne font pas l'objet d'un suivi, les gouvernements ne peuvent pas comprendre avec précision le besoin ou la demande en matière de soins. Si l'accès au traitement n'est pas mesuré, les inégalités restent difficiles à quantifier. Si les résultats ne sont pas surveillés, les systèmes de santé ne peuvent pas voir si les approches actuelles aident les personnes au fil du temps.

L'obésité est une maladie chronique, mais elle n'est pas suivie comme telle

Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques suit de nombreuses maladies chroniques et les résultats connexes dans tout le Canada, mais l'obésité n'est pas incluse pour le moment. Par conséquent, l'obésité n'est pas surveillée de la même manière que de nombreuses autres maladies chroniques. Cette lacune est importante parce que l'obésité est l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les Canadiens et est associée à plus de 200 autres problèmes de santé.

Le même manque de visibilité apparaît dans le traitement et les soins. Il n'existe pas de base de données fédérale, provinciale ou territoriale cohérente permettant de suivre les diagnostics d'obésité. Il existe peu de données coordonnées sur les interventions comportementales et psychologiques, les médicaments pour l'obésité, la chirurgie bariatrique métabolique, le suivi à vie ou les résultats.

Les systèmes de facturation et de codage des médecins ne saisissent souvent pas les soins liés à l'obésité d'une manière montrant les services reçus par les gens.

Cela signifie que les décisions concernant les soins pour l'obésité sont prises sans avoir une vision claire de qui a besoin de soins, de qui les reçoit et de ce qui se passe après le début du traitement.

Cela laisse aussi les personnes vivant avec l'obésité avec un système qui peut reconnaître les complications de l'obésité non traitée, comme le diabète, l'hypertension, l'arthrose ou les maladies cardiovasculaires, sans reconnaître ou traiter de manière cohérente l'obésité elle-même.

Pourquoi l'IMC seul ne suffit pas

L'IMC peut aider à décrire les tendances au niveau de la population, mais il ne peut pas diagnostiquer à lui seul l'obésité.

L'obésité est définie par la façon dont l'excès de graisse corporelle affecte la santé. Une évaluation complète de l'obésité va au-delà de l'IMC et porte sur la santé physique, la santé mentale, le fonctionnement quotidien et la qualité de vie.

Les seuils d'IMC ne reflètent pas le risque pour la santé de manière égale dans toutes les populations.

La relation entre l'IMC, la graisse corporelle et le risque pour la santé peut varier selon l'origine ethnique, ce qui signifie que certains groupes peuvent être confrontés à des risques plus élevés pour la santé à des niveaux d'IMC plus bas.

L'IMC est un outil de dépistage. L'évaluation clinique quant à elle guide le diagnostic et les soins.



Le Canada a besoin de systèmes de mesure qui reflètent la manière dont l'obésité est maintenant comprise dans les directives cliniques. Cela signifie une reconnaissance cohérente de l'obésité comme une maladie chronique dans toutes les politiques, une définition de cas alignée sur les données actuelles et des systèmes de données probantes qui suivent le diagnostic, l'accès au traitement et les résultats au fil du temps.

Le Canada continuera à planifier en fonction de soins fragmentés plutôt que de la réalité globale de la maladie.

Lorsque l'obésité n'est pas systématiquement reconnue ou suivie, la prise en charge pour les soins est plus difficile à établir. Cela devient évident dans les soins de première ligne, où avoir accès à un professionnel de la santé ne signifie pas toujours avoir accès à des soins pour l'obésité fondés sur des données probantes.

Traiter l'obésité, c'est améliorer la santé, pas seulement perdre du poids.

Les soins pour l'obésité sont souvent mal compris et considérés comme visant uniquement à perdre du poids et à essayer de changer la forme du corps d'une personne.

Ce ne sont pas des soins pour l'obésité fondés sur des données probantes. L'objectif des soins de l'obésité est d'améliorer la santé, le fonctionnement et la qualité de vie. Cela peut inclure la perte de poids, mais cela peut aussi signifier prévenir une prise de poids supplémentaire, améliorer la tension artérielle ou la glycémie, réduire la douleur, soutenir la santé mentale, améliorer la mobilité ou aider une personne à prendre part plus pleinement à la vie quotidienne.

Le poids à lui seul ne reflète pas l'ensemble de l'état de santé d'une personne.

C'est pourquoi les soins pour l'obésité devraient commencer par une évaluation clinique, ainsi que par des objectifs et des plans de soins élaborés en collaboration avec l'équipe de soins de santé d'un patient. Lorsque les systèmes mesurent uniquement le poids ou l'IMC, ils passent à côté de ce que les soins pour l'obésité sont réellement censés faire : atteindre une meilleure santé au fil du temps.



L'accès aux soins de première ligne n'est pas synonyme d'accès aux soins pour l'obésité

Même lorsque les personnes vivant avec l'obésité sont en contact avec un professionnel de la santé, l'accès à une évaluation, à un traitement et à des trajectoires d'orientation fondés sur les données probantes n'est pas garanti.

Les soins pour l'obésité commencent souvent au niveau des soins de première ligne. C'est là que de nombreuses personnes expriment d'abord leurs préoccupations, posent des questions, demandent de l'aide ou essaient de comprendre quelles sont leurs options de traitement. Mais même lorsque les personnes vivant avec l'obésité sont en contact avec un professionnel de la santé, l'évaluation, le traitement et l'orientation basés sur des données probantes et sans stigmatisation pour l'obésité ne sont pas garantis.

Pour une personne vivant avec l'obésité, cela peut signifier faire part de ses préoccupations en matière de santé et recevoir des conseils généralisés lui disant de simplement perdre du poids. Cela peut signifier qu'on lui dise de changer ses comportements sans qu'on lui propose d'options de traitement, de suivi ou de référence. Les complications liées à l'obésité peuvent être traitées une par une, alors que l'obésité elle-même n'est jamais documentée ou prise en charge dans le cadre d'un plan de soins à vie.

Cette lacune n'est pas la faute des professionnels de la santé individuels. Elle reflète un système qui n'a pas encore intégré les soins pour l'obésité dans les soins pour les maladies chroniques.

De récentes recherches canadiennes sur l'inertie thérapeutique dans les soins pour l'obésité renforcent ce point. Les obstacles du système, notamment le temps, la rémunération, l'abordabilité des traitements et le manque de soutien dans les soins de première ligne, continuent de limiter la prise en charge de l'obésité⁹.

⁹ Lau DCW, Patton I, Lavji R, Belloum A, Ng G, Modi R. Therapeutic inertia in obesity management among people living with obesity from the perspective of general/family practitioners in Canada: A mixed-methods study. *Clinical Obesity*. 2025;15(1):e12701. doi : 10.1111/cob.12701



Comment la formation médicale canadienne façonne les soins pour l'obésité

Une étude de 2026 liée à Obésité Canada a révélé que les étudiants en médecine apprennent souvent que l'obésité est un facteur de risque, un problème de mode de vie ou une composante d'une autre maladie plutôt qu'une maladie chronique qui nécessite sa propre évaluation, son propre diagnostic et son propre plan de traitement.

Cette lacune dans la formation a des conséquences pratiques. Lorsque l'obésité n'est pas enseignée comme une condition à évaluer et à prendre en charge, elle est moins susceptible d'être documentée, mesurée ou intégrée dans la prise en charge des soins.

Une meilleure mesure dépend de la reconnaissance de l'obésité comme une maladie chronique.

**En savoir plus
sur cette recherche**



Ce que les personnes vivant avec l'obésité nous ont dit

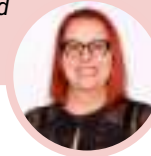
Avant d'être orientée vers le programme bariatrique, les soins pour l'obésité consistaient à parler à mon médecin et à accepter la réponse qu'il me donnait. C'est tout.

Une fois que j'ai été orientée vers le programme bariatrique, tout a changé. J'ai eu accès à une équipe complète de professionnels de la santé, y compris des diététiste-nutritionniste, un spécialiste de l'exercice, un infirmier praticien spécialisé, etc. J'ai pu y accéder avec une référence et le délai d'attente était d'environ deux mois.

J'ai aussi découvert des cours éducatifs dont je ne connaissais pas l'existence. Il y avait des cours sur une saine alimentation, des ateliers de thérapie cognitivo-comportementale, des soins pour le diabète et bien plus encore. Ces cours m'ont permis d'entamer un parcours éducatif en matière de santé qui, je le crois sincèrement, m'a sauvé la vie. Ils ont été tellement utiles et faciles à comprendre, et je m'en souviens encore aujourd'hui. Quand je les ai trouvés, j'ai voulu en parler à tout le monde. Mon mari va même commencer à suivre ces cours en juillet.

Je recommande vraiment ce type de soins. Je ne serais pas là où je suis aujourd'hui sans mon équipe de soins de santé.

- Tara Clelland



L'accès dépend souvent de la région, de la couverture et de la capacité locale

Partout au Canada, les soins de première ligne et les équipes interdisciplinaires sont sous pression. 5,9 millions de Canadiens n'ont pas d'accès régulier à un médecin de famille ou à un infirmier praticien. Même pour ceux qui en ont, les soins pour l'obésité peuvent dépendre du fait que leur professionnel de la santé ait ou non une formation spécifique à l'obésité, que la référence pour des soins à proximité soit possible ou non, que les services soient financés par l'État ou couverts par le secteur privé et que les programmes locaux aient ou non de la capacité.

Cela signifie que l'accès aux soins pour l'obésité est trop souvent déterminé par la région, la couverture et le hasard plutôt que par les besoins cliniques¹⁰.

Le Canada n'a pas adapté la formation sur l'obésité aux besoins

De nombreux médecins, infirmiers et professionnels paramédicaux canadiens reçoivent peu de formation officielle en soins pour l'obésité fondés sur des données probantes. Certains peuvent ne pas savoir comment aborder le sujet de l'obésité avec respect, comment évaluer ses causes ou comment proposer des options de

¹⁰ Association médicale canadienne. Un nouveau sondage : 5,9 millions d'adultes n'ont toujours pas de médecin attitré. CMA; 8 décembre 2025. Consulté le 12 juin 2026. <https://www.cma.ca/fr/dernieres-mises-jour/nouveau-sondage-59-millions-dadultes-nont-toujours-pas-medecin-attitre>

Ce dont les professionnels de la santé disent avoir besoin

Dans un milieu de soins cardiaques au Canada, plus de **90 %** des professionnels de la santé interrogés ont déclaré qu'une formation, du matériel éducatif et des protocoles sur l'obésité seraient utiles. Presque tous ont déclaré que des ressources de référence les aideraient à mieux soutenir les patients vivant avec l'obésité¹¹.

¹¹ Van Stiphout C, Alex R, Turner K, Twyman K, Brown J, Bowes B, Charlebois A, Quinlan B. A quality improvement project to determine the knowledge, attitudes, and beliefs of healthcare providers regarding the treatment of patients with obesity. Canadian Journal of Cardiovascular Nursing. 2022;32(2):11-17.

traitement au-delà des conseils généraux sur l'alimentation et l'activité physique. D'autres peuvent vouloir fournir de meilleurs soins, mais n'ont pas le temps, les outils, la référence ou les services financés pour le faire.

Parallèlement, le Canada ne dispose pas actuellement de formation médicale nationale approuvée qui est spécialisée en médecine de l'obésité pour les médecins de famille par l'intermédiaire du Collège des médecins de famille du Canada ou pour les spécialistes par l'intermédiaire du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Cette lacune en matière de préparation a été documentée dans les soins primaires canadiens. Dans une étude à méthodes mixtes portant sur les médecins généralistes et les médecins de famille canadiens, les médecins qui connaissaient mieux les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte étaient plus susceptibles de déclarer avoir confiance en leurs capacités, des compétences et accès à des outils pour soutenir la prise en charge de l'obésité. Les médecins qui ne connaissaient pas les lignes directrices étaient moins susceptibles de se sentir confiants pour discuter de l'obésité ou pour soutenir activement les patients dans sa prise en charge¹².

Cette lacune en matière de préparation ne se limite pas aux soins primaires. Dans un projet d'amélioration de la qualité dans un établissement de soins cardiaques tertiaires, la plupart des professionnels de la santé reconnaissaient l'obésité comme un problème de santé grave, mais plus d'un tiers se sentaient mal préparés à discuter du poids avec les patients et plus de 60 % ont exprimé une ambiguïté quant au travail avec les patients vivant avec l'obésité.

Les résultats mettent en évidence une lacune familière : les professionnels de la santé peuvent comprendre que l'obésité est importante, mais ils manquent toujours de la formation, de la confiance, des protocoles et des ressources nécessaires pour fournir des soins fondés sur des données probantes¹³.

La lacune en matière de personnel est importante.

En novembre 2025, il y avait 373 médecins certifiés par l'American Board of Obesity Medicine au Canada et 396 éducateurs bariatriques certifiés. En comparaison, le Canada compte plus de 2 000 éducateurs certifiés en diabète (en novembre 2025).

Ces chiffres reflètent un écart plus large en matière de formation et de reconnaissance : le Canada n'a pas encore mis en place l'infrastructure de formation officielle nécessaire pour soutenir la médecine pour prendre en charge l'obésité à l'échelle requise. La création de formations reconnues, y compris d'éventuelles compétences ciblées pour les spécialistes, pourrait contribuer à renforcer les capacités et à offrir des soins plus uniformes fondés sur des données probantes à travers le pays.

¹² Lau DCW, Patton L, Lavji R, Beloum A, Ng G, Modi R. Therapeutic inertia in obesity management among people living with obesity from the perspective of general/family practitioners in Canada: A mixed-methods study. *Clinical Obesity*. 2025;15(1):e12701. doi: 10.1111/ob.12701

¹³ Van Stiphout C, Ales R, Turner K, Fryman K, Brown J, Bowes B, Charlebois A, Quinlan B. A quality improvement project to determine the knowledge, attitudes, and beliefs of healthcare providers regarding the treatment of patients with obesity. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2022;32(2):11-17.

Ce que les futurs médecins apprennent et ce qu'ils n'apprennent pas

Dans une étude de 2026 coécrite par Obésité Canada, des étudiants canadiens en médecine ont décrit la formation sur les soins pour l'obésité dans les facultés de médecine comme incohérente et souvent dépendante de la personne qui enseignait.



Certains se sont souvenus que l'obésité était abordée principalement sous l'angle de l'alimentation, de l'exercice ou des maladies connexes, plutôt que comme une maladie chronique à part entière. Les étudiants ont également décrit avoir été témoins de stigmatisation liée au poids dans les salles de classe et les milieux cliniques, et ils ont déclaré avoir besoin de plus de formation pratique sur l'évaluation, les conversations respectueuses, les soins pour l'obésité pédiatrique et le traitement fondé sur des données probantes.

La formation joue un rôle direct pour que l'obésité soit identifiée et documentée dans les soins. Lorsque les professionnels de la santé ne sont pas formés pour reconnaître l'obésité comme une maladie chronique, elle est moins susceptible d'être évaluée, diagnostiquée, documentée ou incluse dans la prise en charge des soins.

Lisez l'étude complète :



373

Médecins certifiés
par l'ABOM

396

Éducateurs
certifiés
en obésité

Plus de 2 000

Éducateurs
certifiés en diabète
Au Canada en
novembre 2025

Les équipes de soins de santé existantes pourraient s'occuper de la prise en charge des soins pour l'obésité

Le Canada n'a pas besoin de partir de zéro. Il doit intégrer les soins pour l'obésité dans les programmes de maladies chroniques et les équipes de soins de première ligne qui existent déjà.

Des équipes de médecine de famille, des réseaux de soins de première ligne, des centres de santé communautaires, des programmes d'éducation sur le diabète et d'autres modèles interdisciplinaires existent dans de nombreuses provinces et de nombreux territoires. Ces équipes comprennent souvent des infirmiers autorisés, des diététistes, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels paramédicaux qui soutiennent déjà les personnes vivant avec des maladies chroniques.

Mais les soins pour l'obésité ne sont pas systématiquement intégrés à ces modèles.

Très peu de programmes de soins de première ligne ou de maladies chroniques ont une prise en charge standard pour l'obésité alignée sur les Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte ou chez l'enfant. Dans de nombreux endroits, les soins dépendent de la formation et de l'intérêt de chaque prestataire, des options de référence disponibles et du fait que les services soient financés par l'État ou couverts par le secteur privé.

Les soins dispensés en équipe sont essentiels, mais l'accès est inégal

Selon la santé, les objectifs, les valeurs et la situation d'une personne, les soins peuvent inclure le soutien de diététistes professionnels, de psychologues, de travailleurs sociaux, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de pharmaciens et de médecins ou d'infirmiers praticiens.

Ces professionnels de la santé peuvent tous fournir des soins individualisés qui portent sur la santé, le fonctionnement, la mobilité, la santé mentale, la nutrition, la vie quotidienne et le changement d'habitudes.

Partout au Canada, l'accès à ces types de soutien est inégal. Dans de nombreuses juridictions, les services paramédicaux ne sont pas couverts par l'État ou ne sont pas disponibles au sein des équipes de soins de première ligne. On peut s'attendre à ce que les gens paient de leur poche ou comptent sur des prestations privées.

Pour ceux qui n'ont pas de couverture, les soins complets pour l'obésité peuvent être hors de portée. Cela crée une inégalité évitable : les personnes qui pourraient bénéficier le plus de soins dispensés en équipe sont peut-être les moins en mesure d'y accéder.

La lacune en matière de préparation dans les soins de première ligne

Dans un sondage canadien mené auprès de 200 médecins généralistes et de famille, 72 % ont déclaré un soutien systémique insuffisant pour la prise en charge de l'obésité dans les soins de première ligne, 63 % ont déclaré une rémunération insuffisante pour consacrer du temps et de l'attention aux soins de l'obésité et 59 % ont déclaré ne pas avoir assez de temps pendant les visites pour discuter de l'obésité. Seulement 32 % ont déclaré disposer des ressources nécessaires pour soutenir efficacement les patients dans la prise en charge de l'obésité¹⁴.

Ces chiffres ne reflètent pas un manque d'engagement de la part des professionnels de la santé. Ils reflètent un système qui n'a pas encore adapté la formation sur l'obésité aux besoins.

¹⁴ Lau DCW, Patton I, Lavji R, Belloum A, Ng G, Modi R. Therapeutic inertia in obesity management among people living with obesity from the perspective of general/family practitioners in Canada : A mixed-methods study. *Clinical Obesity*. 2025;15(1):e12701. doi : 10.1111/cob.12701



Ce que les professionnels de la santé nous ont dit

Je suis une diététiste professionnelle et une éducatrice certifiée en diabète d'identité autochtone qui travaille avec les communautés des Premières Nations. Avant d'occuper mon poste actuel, j'ai travaillé pendant plus de dix ans comme clinicienne dans le système de soins de santé primaires financé par la province.

Il est choquant de constater la disparité d'accès aux services de santé que subissent les membres des Premières Nations par rapport à toutes les autres communautés. La plupart des services de santé disponibles dans les réserves des communautés des Premières Nations relèvent des compétences et du financement du gouvernement fédéral, tandis que ceux qui existent hors des réserves relèvent des compétences et du financement du gouvernement provincial.

Malgré le besoin urgent de prévention et de soins des maladies chroniques au niveau communautaire, les Premières Nations ne reçoivent tout simplement pas de financement pour des diététistes autorisés et de nombreux autres services paramédicaux, et ces services ne sont pas non plus couverts par les prestations de santé non assurées fédérales. Les systèmes provinciaux n'offrent pas une couverture adéquate aux communautés des Premières Nations parce qu'elles relèvent de compétences fédérales. Résultat : les gens se retrouvent aux urgences avec des problèmes de santé potentiellement mortels parce qu'aucun des deux paliers de gouvernement ne fournit les ressources nécessaires avant ce stade et que les deux se renvoient la balle de la responsabilité.

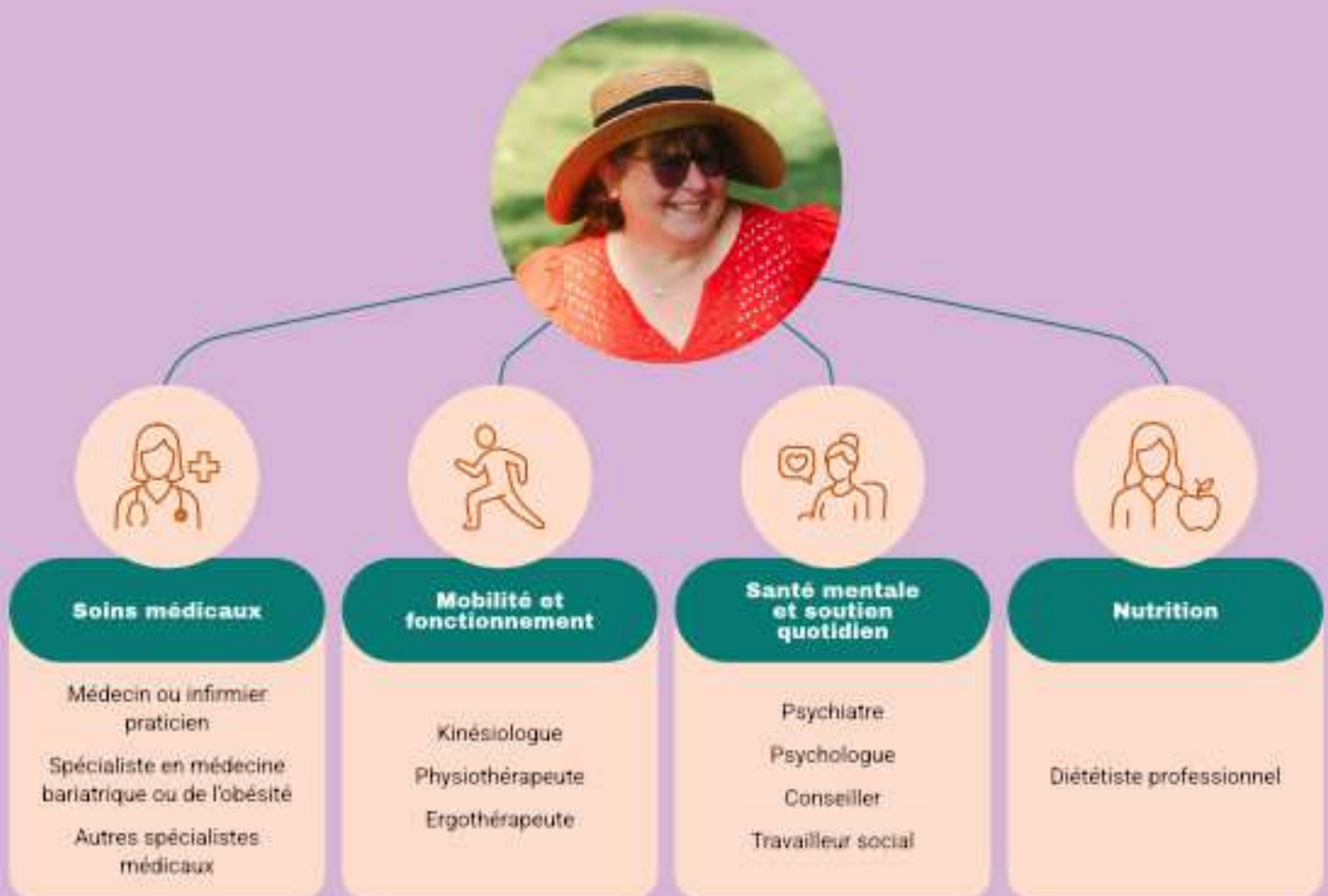
Cette approche traumatise les gens, nuit à la durée et à la qualité de vie, contribue aux stéréotypes racistes sur les membres des Premières Nations et est extrêmement coûteuse pour les systèmes de santé. Ça n'a pas de sens.

- Dawne Lachappelle, diététiste-nutritionniste,
éducatrice agréée en diabète



La bonne équipe de soins dépend de la personne

L'équipe de soins pour l'obésité d'une personne peut inclure différents types de soutien en fonction de sa santé, de ses objectifs, de ses valeurs, de ses préférences et de sa situation.



Chaque équipe de soins est différente. Cet exemple montre des domaines de soutien communs, mais les rôles peuvent se chevaucher et les soins peuvent être adaptés en fonction des professionnels de la santé, de la formation et des ressources disponibles.

Ce qu'il faut pour améliorer les soins pour l'obésité

De meilleurs soins pour l'obésité au Canada nécessiteront des systèmes de soins primaires et de prise en charge des maladies chroniques conçus pour reconnaître, évaluer et prendre en charge l'obésité comme une maladie chronique.

Cela comprend une prise en charge alignée sur les Lignes directrices de pratique clinique du Canada en matière de soins primaires, une formation pratique et des outils pour les professionnels de la santé, du soutien financé pour les professionnels paramédicaux, des options de référence claires, ainsi qu'un meilleur suivi du diagnostic, de l'accès et des résultats. Ces changements contribueraient à renforcer la visibilité, la coordination et la navigation des soins pour l'obésité.

Avoir accès à un professionnel de la santé devrait se produire au début des soins pour l'obésité et non la fin de la recherche de ces soins.



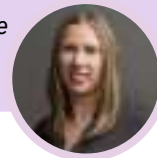
Ce que les professionnels de la santé nous ont dit

Je suis diététiste avec 11 ans d'expérience dans les cliniques d'endocrinologie et 1 an en pratique privée, et il est préoccupant de voir combien de personnes vivant avec l'obésité sont incapables d'accéder aux soins dont elles ont besoin pour prendre en charge leur maladie chronique. Dans la clinique d'endocrinologie, certains services de diététistes et de pharmaciens étaient financés par la clinique, mais nous avons toujours de longues listes d'attente de patients qui espéraient avoir accès à ce soutien. En pratique privée, la référence est souvent limitée aux personnes couvertes par une assurance privée, ce qui en laisse beaucoup sans accès à des soins, alors qu'elles ont besoin de soutien et le méritent.

Bien que les médicaments GLP-1 soient de précieux outils de traitement, leur efficacité est renforcée lorsque les patients ont accès à un soutien multidisciplinaire, y compris des conseils en nutrition, l'ajustement posologique, des conseils en matière d'activité physique et des soins de santé mentale. Ayant vu des patients souffrir de carences nutritionnelles, de perte musculaire et de déclin fonctionnel, même s'ils étaient étroitement suivis par une équipe multidisciplinaire, il est clair à quel point ce soutien continu est important. En l'absence d'un financement adéquat et d'une formation suffisante des professionnels de la santé en matière d'ajustement posologique, de tolérance aux médicaments et de gestion des effets secondaires, de nombreux patients interrompent leur traitement en raison d'expériences négatives qui auraient pu être évitées grâce à un soutien approprié. Par conséquent, certains hésitent ou refusent de réessayer ces médicaments, malgré leur potentiel d'amélioration significative des résultats pour la santé lorsqu'ils sont introduits et gérés de manière appropriée.

Le financement provincial actuel en Alberta est insuffisant pour répondre à la demande croissante, et les professionnels paramédicaux manquent souvent de formation spécialisée en soins pour l'obésité en raison du large éventail de maladies qu'ils sont censés prendre en charge. Il existe un besoin évident d'un accès équitable à des soins multidisciplinaires pour l'obésité qui sont accessibles à tous les patients, quels que soient leurs revenus ou leur couverture d'assurance.

- Laurel Zvaigzne, diététiste professionnelle





L'accès à la chirurgie dépend trop du lieu de résidence

L'accès à la chirurgie bariatrique métabolique varie d'un bout à l'autre du Canada, ce qui crée une prise en charge, des délais d'attente et des niveaux de soutien différents selon la région.

Un système de santé peut uniquement planifier les besoins qu'il peut voir.

Pour certaines personnes vivant avec l'obésité, la chirurgie peut être un élément important des soins pour l'obésité. Mais leur accès à une prise en charge rapide, coordonnée et fondée sur des données probantes dépend trop souvent de l'endroit où elles vivent.

Cela signifie que deux personnes ayant des besoins de santé similaires peuvent avoir des expériences très différentes. L'une peut bénéficier d'une prise en charge coordonnée comprenant une évaluation, de l'éducation, un soutien, une intervention chirurgicale et un suivi à vie. Tandis qu'une autre peut être confrontée à des processus de référence peu clairs, à des années d'attente, à des obstacles liés aux déplacements, à un soutien limité ou à des prochaines étapes ambiguës.

L'accès ne concerne pas seulement la disponibilité de la chirurgie. Il s'agit de savoir si les personnes peuvent y accéder par le biais d'une prise en charge rapide, coordonnée et fondée sur des données probantes lorsque cela est cliniquement approprié.

La chirurgie s'inscrit dans un parcours de soins, et non dans une intervention isolée.

Pour la chirurgie bariatrique métabolique, il faut plus qu'une salle d'opération.

Avant l'intervention chirurgicale, les personnes ont besoin d'une évaluation, d'éducation et de soutien pour se préparer au traitement. Après la chirurgie, elles ont besoin d'un suivi continu pour surveiller leur nutrition,

Lorsque l'accès au traitement de l'obésité est retardé ou que la prise en charge est difficile à suivre, l'impact s'étend bien au-delà des temps d'attente. La santé des gens peut se détériorer, les responsabilités quotidiennes deviennent plus difficiles à gérer et les opportunités d'interventions pour améliorer la qualité de vie peuvent se perdre pendant qu'ils attendent de recevoir des soins.

- Dr Sanjeev Sockalingam,
directeur scientifique,
Obésité Canada



leurs médicaments, leur santé mentale, les complications et leur santé globale.

Pourtant, ces types de soutien ne sont pas uniformes partout au Canada. L'évaluation préopératoire, l'éducation, le soutien psychologique, les accompagnements nutritionnels incohérents, les soins le deviennent aussi.

Ce que les personnes vivant avec l'obésité nous ont dit

C'est très frustrant... Si j'avais été traité il y a huit ans, je n'aurais probablement pas autant de problèmes qu'aujourd'hui. ... Cette chirurgie est essentielle pour sauver ma vie. ... J'aimerais qu'ils reconnaissent ce fait et qu'ils accordent au moins une certaine priorité à réaliser ces chirurgies.

- Participant à l'étude de recherche¹⁵

¹⁵ Gregory D.M., Temple Newhook J., Twells L.K. Patients' perceptions of waiting for bariatric surgery : a qualitative study. Int J Equity Health. 18 octobre 2013;12:86. doi : 10.1186/1475-9276-12-86. PMID : 24138728; PMCID : PMC4016125.

Ce que les personnes vivant avec l'obésité nous ont dit

Je suis un camionneur de 50 ans vivant avec l'obésité et de multiples problèmes de santé y étant liés. J'ai passé des décennies à essayer de gérer ma santé par moi-même et près de dix ans à essayer d'obtenir l'aide dont j'ai besoin tout en continuant à travailler et à subvenir aux besoins de ma famille.

Il y a huit ans, mon cardiologue m'a référé vers une chirurgie bariatrique métabolique dans le sud de l'Ontario. Depuis, j'ai été inscrit à des programmes bariatriques dans trois hôpitaux différents et j'ai eu des expériences très variées. Je n'ai toujours pas été opéré et ma santé s'est détériorée.

Le premier programme était bien et utile, mais il se trouvait à plus d'une heure et demie de chez moi. Avec mon horaire, pour aller à chaque rendez-vous, je devais prendre une journée complète de congé au travail. Quand j'ai trouvé un programme plus près de chez moi, je m'y suis inscrit en espérant que les soins seraient plus réalistes.

Mais ce deuxième programme avait des attentes différentes. Après avoir rencontré l'infirmier praticien, le diététiste, le travailleur social et l'interniste, j'ai été retiré plus d'une fois parce que mes responsabilités professionnelles et familiales étaient considérées comme des obstacles à la réussite dans ce programme. Ça n'avait jamais été un problème dans le premier programme.

En tant que camionneur, je vis parfois dans mon camion pendant des jours. J'ai un petit réfrigérateur et j'essaie de préparer mes repas, mais je n'ai pas le rangement, l'espace ou les outils que quelqu'un a à la maison. Suivre chaque calorie ou préparer chaque repas exactement comme demandé n'était pas réaliste. Au lieu de m'aider à adapter le programme à ma vie, on m'a dit que je n'étais pas un bon candidat.

Je pensais que les programmes bariatriques dans une même province, qui utilisent les mêmes données probantes et les mêmes lignes directrices, auraient des critères similaires. Ce n'était pas le cas. Cette incohérence m'a coûté des années.

C'est difficile de se sentir jugé comme susceptible d'échouer en raison de la façon dont on gagne sa vie. Je voulais du soutien pour améliorer ma santé.

J'en suis maintenant à ma quatrième tentative, cette fois dans un programme non chirurgical parce que je ne peux pas me permettre de prendre plus de congés au travail. J'ai de l'espoir parce que je reçois enfin une sorte de traitement. Mais je pense toujours à ce que ces années perdues ont coûté à ma santé, à mon travail et à ma vie.

- Al Martin



Les temps d'attente sont difficiles à comparer

Les délais d'attente pour la chirurgie sont l'un des signes les plus évidents de l'inégalité de l'accès, mais ils sont également difficiles à interpréter.

De nombreuses provinces utilisent des mesures standard des temps d'attente pour la chirurgie, notamment Attente 1, de la référence à la consultation, et Attente 2, de la décision à la chirurgie. Cependant, la chirurgie bariatrique métabolique implique de multiples étapes d'évaluation, d'éducation, de préparation et de conditionnement, ce qui peut compliquer la façon dont ces mesures sont appliquées et comprises.

Les informations publiques sur les délais d'attente spécifiques à la chirurgie bariatrique métabolique sont également limitées. Bien que certaines provinces rendent ces renseignements accessibles, bon nombre d'entre elles ne le font pas, ce qui complique la tâche des patients, des professionnels de la santé et des décideurs lorsqu'il s'agit de comparer l'accès aux soins ou de cerner où se produisent les retards.

Ces différences ont une incidence sur ce que les patients vivent réellement. L'expérience de l'attente commence souvent bien avant que la chirurgie ne soit programmée. Elle peut commencer lorsqu'une personne demande de l'aide pour la première fois, lorsqu'une référence est envoyée ou lorsqu'elle essaie d'entrer dans un programme.

Ils m'ont mis sur une liste d'attente. ... [Le chirurgien] m'a dit de continuer à appeler son bureau parce qu'ils attendaient un financement du gouvernement. Donc, au début, j'appelais tous les mois, puis c'est passé à tous les deux mois, puis tous les trois mois, et ensuite, je ne sais pas, peut-être deux ou trois ans plus tard, j'ai juste arrêté d'appeler.

- Un participant à l'étude de recherche qui a attendu dix ans entre le moment où la chirurgie a été recommandée et celui où l'intervention a été planifiée¹⁶

¹⁶ Gregory D.M., Temple Newhook J., Twells L.K. Patients' perceptions of waiting for bariatric surgery : a qualitative study. Int J Equity Health. 18 octobre 2013;12:86. doi : 10.1186/1475-9276-12-86. PMID : 24138728; PMCID : PMC4016125.

Au moment où une date d'intervention chirurgicale est fixée, des mois ou des années peuvent déjà s'être écoulés.

Pendant cette période, l'obésité et les problèmes de santé connexes peuvent progresser. Les gens peuvent développer de nouvelles complications, avoir besoin de médicaments supplémentaires ou subir une détérioration de leur santé physique et mentale.

Les longs délais d'attente peuvent affecter non seulement l'accès au traitement, mais aussi les résultats pour la santé à long terme.

L'obésité étant une maladie chronique, l'accès aux soins après la chirurgie est également important. Pourtant, le Canada ne définit pas, ne mesure pas et ne rend pas publics de manière cohérente les délais d'attente pour les soins postopératoires appropriés pour l'obésité, y compris le suivi et le soutien à long terme.

Si le Canada ne mesure pas le parcours de manière cohérente, il ne peut pas identifier les endroits où les retards se produisent, comprendre leurs impacts ou améliorer la prise en charge de manière cohérente.

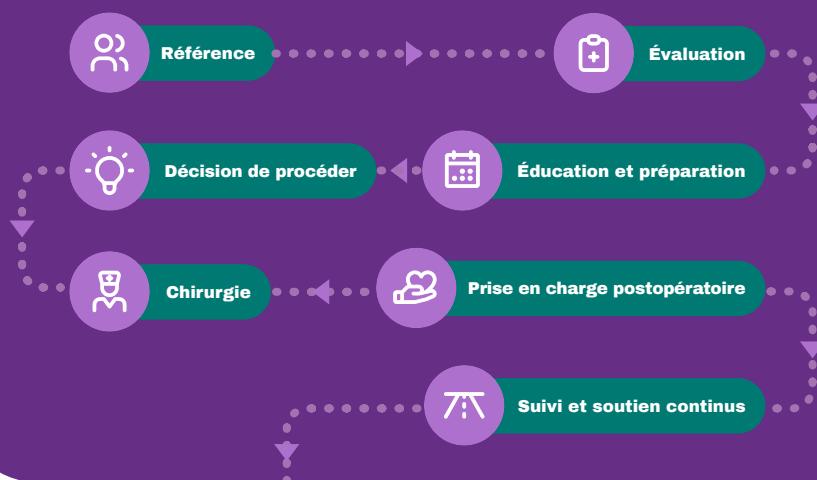


Où commence et finit le temps d'attente?

La plupart des provinces utilisent des mesures standard du temps d'attente pour la chirurgie, notamment le temps entre la référence et la consultation, ainsi que le temps entre la décision et la chirurgie. Mais la chirurgie bariatrique métabolique comprend plusieurs étapes avant et après l'opération.

Pour les patients, l'attente peut comprendre la référence, l'évaluation, l'éducation, la préparation, le conditionnement chirurgical, l'intervention chirurgicale, la prise en charge postopératoire et l'accès à un suivi continu. Les rapports publics ne montrent pas toujours où les gens attendent tout au long de cette prise en charge.

L'obésité étant une maladie chronique, le temps d'attente ne devrait pas s'arrêter à la chirurgie. L'accès à un suivi approprié et à un soutien à long terme doit également être défini, mesuré et amélioré.



Le système n'a pas de vision nationale claire de l'accès

Le Canada n'a pas de tableau national complet de l'accès à la chirurgie bariatrique métabolique.

Les systèmes de santé ne suivent pas systématiquement qui est référé, qui est accepté, qui attend, qui subit une intervention chirurgicale, qui abandonne en cours de route ou quels sont les résultats obtenus par les personnes après le traitement.

Sans ces informations, il est difficile d'identifier les lacunes du système. Le goulot d'étranglement peut être la réception des références, la capacité d'évaluation, la capacité chirurgicale, les obstacles liés aux déplacements, le suivi postopératoire ou tout ce qui précède.

Cela complique aussi la compréhension de l'équité. Les personnes vivant en dehors des grands centres urbains peuvent être confrontées à des obstacles supplémentaires, notamment les déplacements, le temps passé loin du travail ou de la famille et la difficulté d'accéder à un suivi continu près de chez elles.

Le tourisme médical comme réponse aux obstacles dans les soins

Les obstacles à l'accès à la chirurgie bariatrique métabolique poussent certains Canadiens à chercher des soins à l'étranger.¹⁷

Des recherches menées auprès de Canadiens ayant recours au tourisme médical pour une chirurgie bariatrique ont révélé que les gens se rendaient souvent à l'étranger après avoir rencontré des obstacles au pays, notamment des options chirurgicales locales limitées, des règles d'admissibilité strictes, de longues attentes et des processus préopératoires exigeants. Certains ont décrit la chirurgie à l'étranger comme un moyen d'accéder à des soins sans avoir à continuer de prouver qu'ils étaient de « bons candidats » dans un système qui, selon eux, ne répondait pas à leurs besoins¹⁸.

Mais quitter le système canadien peut aussi signifier abandonner certaines parties de la prise en charge : l'évaluation, l'éducation, le soutien psychologique et nutritionnel, la discussion avec l'équipe chirurgicale et le suivi continu¹⁹.

Les coûts encourus peuvent être personnels et publics. Une étude albertaine a révélé que 62 patients du tourisme médical bariatrique ont généré des coûts de soins de suivi estimés à 1,83 million \$ CA après leur retour, y compris les séjours à l'hôpital, les interventions,

les examens, les analyses sanguines et le temps des médecins. La même étude a estimé que les patients ont payé environ 11 085 \$ CA de leur poche pour leur chirurgie initiale à l'étranger²⁰.

Ces chiffres ne peignent qu'une partie du tableau. Le Canada ne suit pas systématiquement le nombre de personnes qui quittent le pays pour obtenir une chirurgie bariatrique métabolique, qui reviennent avec des complications, qui reçoivent des soins de suivi, qui abandonnent complètement les soins ou quels sont les coûts supportés par les patients, les familles et les systèmes publics²¹.

Le tourisme médical n'est pas simplement une question de choix personnel. C'est un indicateur que certaines personnes ne voient pas de prise en charge claire, rapide ou soutenue vers des soins chirurgicaux fondés sur des données probantes au pays.

Ce qu'il faut pour améliorer l'accès à la chirurgie

Améliorer l'accès à la chirurgie signifie traiter la chirurgie bariatrique métabolique dans le cadre des soins pour les maladies chroniques, et non comme une intervention unique déconnectée d'une prise en charge continue.

Le Canada a besoin d'une prise en charge plus claire et plus cohérente pour la référence, l'évaluation, l'intervention chirurgicale et le suivi. Il a besoin de définitions comparables des temps d'attente, de données plus solides sur l'accès et les résultats, ainsi que d'attentes minimales pour les soins que les personnes reçoivent avant et après la chirurgie.

L'endroit où une personne vit ne devrait pas déterminer si des soins chirurgicaux fondés sur des données probantes sont à sa portée.

Le même problème d'accès apparaît dans un autre domaine du traitement de l'obésité : les médicaments. L'utilisation augmente rapidement, mais la couverture n'est pas à jour, ce qui oblige beaucoup de personnes à prendre des décisions en matière de traitement en fonction du coût, de la couverture des prestations et de leur capacité de payer.

1,83 million \$
en coûts de soins de suivi
De **62**
patients du tourisme
médical bariatrique

¹⁷ Jackson C, Snyder J, Crooks VA, Laverne MR. « I didn't have to prove to anybody that I was a good candidate » : a case study framing international bariatric tourism by Canadians as circumvention tourism. BMC Health Services Research. 2018;18:573. doi : 10.1186/s12913-018-3385-2.

¹⁸ Jackson C, Snyder J, Crooks VA, Laverne MR. « I didn't have to prove to anybody that I was a good candidate » : a case study framing international bariatric tourism by Canadians as circumvention tourism. BMC Health Services Research. 2018;18:573. doi : 10.1186/s12913-018-3385-2.

¹⁹ Wharton S, Lau DCW, Vallis M, et coll. Obesity in adults : a clinical practice guideline. CMAJ. 2020;192(31):E875-E891. doi : 10.1503/cmaj.191707. Voir aussi Lignes directrices de pratique clinique canadienne sur l'obésité chez l'adulte, chapitres sur la chirurgie bariatrique et les messages clés.

²⁰ Sheppard CE, Lester ELW, Karmali S, de Gara CJ, Birch DW. The cost of bariatric medical tourism on the Canadian healthcare system. The American Journal of Surgery. 2014;207(5):743-747. doi : 10.1016/j.amjsurg.2014.01.004.

²¹ Sheppard CE, Lester ELW, Karmali S, de Gara CJ, Birch DW. The cost of bariatric medical tourism on the Canadian healthcare system. The American Journal of Surgery. 2014;207(5):743-747. doi : 10.1016/j.amjsurg.2014.01.004.



L'utilisation de médicaments augmente, mais pas la couverture

De nouveaux médicaments pour l'obésité ont changé le paysage de son traitement. Ils ont également révélé à quel point le Canada est mal préparé à fournir des soins pour l'obésité équitables et accessibles.

Davantage de personnes vivant avec l'obésité cherchent à se faire traiter. Davantage de professionnels de la santé prescrivent des médicaments. Il y a plus d'options fondées sur des données probantes que jamais auparavant.

Mais l'accès continue souvent de dépendre de facteurs qui ne devraient pas déterminer les soins : les revenus, les prestations privées, la couverture du régime de l'employeur, la paperasse, les règles de l'assureur, la région et le fait qu'un professionnel de la santé ait le temps de contester un refus d'assurance.

Pour certaines personnes vivant avec l'obésité, la pharmacothérapie peut être un élément important des soins à vie, utilisée parallèlement à des soutiens comportementaux, psychologiques, nutritionnels, d'activité physique, chirurgicaux et autres. Mais lorsque la couverture est limitée, une décision clinique peut rapidement devenir une décision financière.

Le résultat est une autre tendance familière dans les soins de l'obésité : le traitement existe, mais le système n'a pas mis en place une voie d'accès équitable.

La demande augmente parce que les gens cherchent à se faire soigner

L'utilisation de médicaments pour l'obésité a augmenté rapidement au Canada.

Des données indépendantes sur l'utilisation des médicaments démontrent que le nombre de Canadiens utilisant des médicaments pour l'obésité est passé d'environ 94 000 en 2020 à plus de 675 000 en 2024. Cela

représente une augmentation d'environ 620 % en quatre ans²².

Les ordonnances ont augmenté encore plus rapidement, passant d'environ 350 000 en 2020 à plus de 3,4 millions en 2024²³.

Ces chiffres montrent un changement majeur. Les gens demandent de l'aide. Les professionnels de la santé répondent. Davantage de conversations sur le traitement ont lieu dans les soins de première ligne, où près de 87 % des ordonnances de médicaments pour l'obésité sont prescrites²⁴.

Une croissance rapide n'est pas synonyme d'accès équitable

Malgré l'augmentation, on estime que seulement 8,4 % des Canadiens vivant avec l'obésité ont eu accès à la pharmacothérapies en 2024. Moins d'une personne sur dix vivant avec l'obésité était traitée avec ces médicaments²⁵.

Le besoin est là. La portée est encore limitée.

Ce que les personnes vivant avec l'obésité nous ont dit

Je suis obligé de payer les médicaments de ma poche, et ça coûte plus cher que ce que je peux raisonnablement me permettre à long terme.

Cependant, je ne peux pas non plus me permettre les conséquences de l'obésité non traitée, y compris la détérioration de la santé physique, les maladies supplémentaires liées à l'obésité et le déclin du bien-être mental. C'est compliqué, parce que je dois choisir entre mon portefeuille et bien m'occuper de ma santé.

- Réponse anonyme d'un Canadien vivant avec l'obésité

²² Medication Treatments for Diabetes and Obesity in Canada : An Independent IQVIA Report on Drug Utilization Data, 2020-2024. IQVIA (2025). Consulté le 11 décembre 2025 sur https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/diabetes-and-obesity-2020-2024-report_en-web.pdf

²³ Medication Treatments for Diabetes and Obesity in Canada : An Independent IQVIA Report on Drug Utilization Data, 2020-2024. IQVIA (2025). Consulté le 11 décembre 2025 sur https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/diabetes-and-obesity-2020-2024-report_en-web.pdf

²⁴ Medication Treatments for Diabetes and Obesity in Canada : An Independent IQVIA Report on Drug Utilization Data, 2020-2024. IQVIA (2025). Consulté le 11 décembre 2025 sur https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/diabetes-and-obesity-2020-2024-report_en-web.pdf

²⁵ GLIP-1 Medication Usage Interest Motivations and Reported Behaviour Shifts. Leger (6 mars 2026). Consulté le 8 juin 2026 sur <https://leger360.com/glip-1-medication-usage-interest-motivations-and-reported-behavior-shifts/>



La couverture transforme le traitement en un test de capacité de payer

Pour de nombreuses personnes vivant avec l'obésité, la question n'est pas « Ce traitement me convient-il? » C'est « Est-ce que je peux me le permettre? » ou « Est-ce que mon régime le couvrira? »

Il s'agit d'une norme différente de celle à laquelle de nombreux Canadiens s'attendent en matière de soins pour les maladies chroniques.

En novembre 2025, Santé Canada avait approuvé six médicaments pour la prise en charge de l'obésité. Pourtant, les médicaments pour l'obésité ne sont pas systématiquement couverts par les formulaires provinciaux ou territoriaux pour le traitement de l'obésité seule. Dans certains cas, la couverture publique peut être uniquement disponible lorsqu'une personne répond à des critères supplémentaires, comme avoir une complication liée à l'obésité. Par exemple, une maladie cardiovasculaire diagnostiquée.

La couverture privée est également limitée. Moins de 20 % des Canadiens bénéficiant de régimes privés de remboursement des médicaments ont accès à des médicaments pour l'obésité approuvés par Santé Canada.

Cela signifie qu'un médicament peut être approuvé, prescrit et cliniquement approprié, mais rester tout de même hors de portée.

Les médicaments pour l'obésité sont souvent considérés comme facultatifs, liés au mode de vie ou moins légitimes que les traitements d'autres maladies chroniques. Ce

double standard est enraciné dans les préjugés liés au poids et se manifeste dans les décisions de remboursement, les exclusions d'assurance, les restrictions des régimes et la quantité de preuves que les gens sont tenus de fournir avant que le traitement ne soit envisagé.

L'obésité étant une maladie chronique, un traitement peut être nécessaire à long terme et les besoins en matière de traitement peuvent changer au cours de la vie d'une personne. Sans couverture, les personnes qui répondent bien au traitement peuvent quand même être obligées d'arrêter parce qu'elles ne peuvent pas en assumer le coût.

Ce que les personnes vivant avec l'obésité nous ont dit

Il est déjà assez difficile de vivre avec un revenu limité et un handicap, il est hors de question d'essayer d'acheter des médicaments qui coûtent des centaines de dollars par mois. C'est quelque chose dont j'ai besoin et mon médecin pense que cela m'aidera. C'est disponible, mais je ne peux pas en profiter.

- Réponse anonyme d'un Canadien vivant avec l'obésité

Ce que les professionnels de la santé nous ont dit

Les conversations les plus difficiles dans notre clinique ne concernent pas le début du traitement. Elles concernent des patients qui ont finalement décidé de demander un traitement, souvent après des années d'hésitation et de stigmatisation, et qui se voient refuser la couverture du traitement alors qu'ils répondent à tous les critères cliniques. Leur assureur applique un seuil d'IMC arbitraire qui est plus élevé que ce que recommandent les lignes directrices cliniques.

Ce refus indique au patient que le système ne prend pas sa maladie au sérieux. Certains abandonnent complètement. D'autres se tournent vers des options à court terme, payées de leur poche, qui ne peuvent pas remplacer les soins continus pour les maladies chroniques dont ils ont besoin. Ils peuvent abandonner la décision qu'il leur a fallu des années à prendre en quelques semaines à cause de la paperasse.

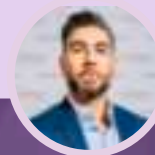
Le fardeau administratif est considérable et souvent invisible. Les patients rassemblent la documentation et attendent. Les médecins remplissent des formulaires et rédigent des lettres. L'équipe de soins de santé s'occupe des télécopies, fait le suivi auprès des assureurs et gère les appels. Aucun de ces travaux n'est remboursé par les payeurs publics et privés, mais chaque heure passée à gérer un refus est une heure en moins consacrée aux soins directs prodigués aux patients.

Le fardeau est aggravé par des critères de couverture incohérents. Chaque assureur demande quelque chose de différent, et presque tous s'appuient fortement sur l'IMC, même si l'IMC peint un tableau incomplet de l'obésité. Les critères de couverture devraient refléter les lignes directrices cliniques, la monographie du produit, le tour de taille, le rapport taille-hauteur, les complications de l'obésité et le tableau clinique global du patient.

Même après avoir franchi ces obstacles, il y en a souvent un autre : les patients peuvent être tenus d'aller chercher leur ordonnance à la pharmacie préférée de l'assureur, souvent un service de vente par correspondance ou une chaîne inconnue. Cela peut rompre la continuité des soins avec leur équipe de pharmacie qui connaît leurs médicaments et leurs antécédents au moment où ils commencent un nouveau traitement et ont le plus besoin de soutien.

Nous n'avons pas besoin de compromis. Nous avons besoin de critères de couverture alignés sur les lignes directrices, de processus d'autorisation simplifiés, du choix du patient quant à l'endroit où les ordonnances sont exécutées et de la reconnaissance que la prise en charge de l'obésité est un soin pour une maladie chronique qui mérite la même couverture, le même respect et le même soutien que toute autre maladie chronique.

- Khalid Bhatti, pharmacien agréé, M.Pharm.,
éducateur agréé en diabète



L'approbation n'est pas la même chose que l'accès

Lorsque Santé Canada approuve un médicament, cela signifie que le traitement peut être prescrit au Canada. Cela ne signifie pas que le médicament sera couvert par les régimes d'assurance-médicaments publics ou privés.

Les décisions de couverture se prennent en plusieurs étapes distinctes. L'Agence canadienne des médicaments (ACM) examine les médicaments et fait des recommandations de remboursement aux régimes publics d'assurance-médicaments. Ces recommandations peuvent également influencer la couverture par les assurances privées, mais elles n'obligent pas les régimes publics ou privés à couvrir un médicament.

En juillet 2025, l'Agence canadienne des médicaments a recommandé un remboursement limité du sémaglutide pour certains adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire diagnostiquée. La recommandation était un signal important, mais elle n'a pas créé un large accès aux médicaments pour l'obésité.

En date du 31 juillet 2026, l'ACM n'a recommandé le remboursement d'aucun médicament pour l'obésité lorsque l'obésité est le seul diagnostic, ce qui constitue un obstacle majeur à un accès équitable.

Au moment de la rédaction du présent document, les régimes publics d'assurance-médicaments ne couvrent toujours pas systématiquement les médicaments pour l'obésité pour l'obésité seule. De nombreux régimes privés continuent de les exclure ou d'appliquer des restrictions qui rendent l'accès difficile.

Pour les personnes vivant avec l'obésité, la couverture demeure fragmentée façonnée par la province, le diagnostic, l'employeur, le régime de prestations, le revenu et la capacité à faire face aux contestations.

Ce n'est pas ainsi que les soins pour les maladies chroniques devraient fonctionner.

Les refus d'assurance créent du travail, des retards et de la frustration

La plupart des ordonnances de médicaments pour l'obésité sont prescrites en médecine générale, principalement par des médecins de famille.

Les soins de première ligne sont souvent le point de départ des soins pour les maladies chroniques. Mais la prescription n'est qu'une partie du travail.

On demande aux professionnels de la santé d'évaluer les patients, de discuter des options de traitement, de prescrire des médicaments sécuritaires, de surveiller la réponse, de prendre en charge les effets secondaires et de soutenir les soins continus. En plus de cela, beaucoup doivent également s'occuper des formulaires d'assurance, des demandes d'autorisation préalable, des exigences en matière de documentation, des appels et des refus.

Lorsque la couverture est refusée, le fardeau incombe à la fois au patient et à l'équipe de la clinique dans un système de santé déjà surchargé.

Offrir un certain traitement ne devrait pas dépendre de qui a le temps, la capacité, la confiance et le soutien administratif pour contester une décision d'assurance.

Lorsque les soins fondés sur des données probantes sont hors de portée, le marché comble le vide

Lorsque les médicaments pour l'obésité cliniquement appropriés ne sont pas disponibles, inabordables ou difficiles d'accès, les gens n'arrêtent pas de chercher à se faire soigner. Ils cherchent d'autres moyens d'obtenir de l'aide.

Cette demande a créé un marché croissant de plateformes en ligne, de services directs aux consommateurs, de produits préparés, de médicaments et de produits non approuvés ou non réglementés, de suppléments et de désinformation.

Certains services non traditionnels peuvent offrir une évaluation, une prescription et un suivi appropriés. D'autres fournissent une version plus restreinte des soins axée principalement sur l'accès à une ordonnance ou à un produit, avec une évaluation limitée et peu de ressources et de prise en charge continue.

Lorsque les soins pour l'obésité deviennent une transaction, les gens n'ont pas accès à la prise en charge à vie dont ils ont besoin.

Les médicaments pour l'obésité devraient faire partie des soins pour les maladies chroniques. Une évaluation complète doit tenir compte de la santé physique et mentale, des déterminants sociaux de la santé, des médicaments actuels, des contre-indications, des

effets secondaires, des complications, de l'abordabilité, du soutien au mode de vie et du suivi continu.

Les médicaments peuvent être un outil de traitement important, mais ils ne devraient pas être le seul soutien qu'une personne reçoit. Les personnes peuvent également avoir besoin d'avoir accès à des diététistes, à des professionnels de la santé mentale, à des travailleurs sociaux, à des kinésiologues, à des pharmaciens ou à d'autres professionnels de la santé qui peuvent aider à gérer les effets secondaires, à répondre aux besoins en matière de nutrition et d'activité physique, à surmonter les obstacles aux soins et à assurer la continuité au fil du temps.

Lorsque ces éléments manquent, les patients peuvent être confrontés à un risque plus élevé. Ils peuvent recevoir des médicaments sans surveillance suffisante, se voir prescrire quelque chose qui n'est pas cliniquement approprié ou se faire vendre des produits qui ne sont ni approuvés ni réglementés. Ils peuvent commencer un traitement sans soutien pour gérer les effets secondaires ou les complications, sans référence vers des soutiens appropriés, sans continuité des soins ou sans conseils sur ce qui se passe s'ils doivent arrêter.

Lorsque les soins sont retardés ou refusés, la demande ne disparaît pas. Elle se déplace.



Quand la confiance est utilisée pour vendre de faux espoirs

En 2025, des publicités trompeuses ont utilisé le nom et le logo d'Obésité Canada sans consentement. Dans certains cas, elles ont également utilisé l'image de notre fondateur, le Dr Arya Sharma, pour promouvoir des produits non approuvés et commercialisés comme des alternatives au GLP-1. L'impact a été immédiat. Des gens ont contacté Obésité Canada pour poser des questions sur des commandes, des envois et des produits qu'ils pensaient être liés à l'organisme. D'autres nous ont contactés, frustrés, après avoir acheté des produits qui ne fonctionnaient pas.

Obésité Canada n'approuve pas les produits, les suppléments ou les programmes commerciaux de perte de poids. Notre rôle est

de faire progresser la science de l'obésité, de réduire les préjugés et la discrimination liés au poids et de soutenir les soins fondés sur des données probantes.

Pour aider les Canadiens à reconnaître ce type de désinformation et à y réagir, Obésité Canada a collaboré avec Diabète Canada et Tellement Santé à la réalisation d'une courte vidéo d'éducation publique sur l'escroquerie et l'utilisation abusive de marques d'organismes de santé de confiance.

Cela montre ce qui peut se produire lorsque les traitements fondés sur des données probantes sont difficiles d'accès et que la désinformation vient combler le fossé.



Regarder la vidéo

Ce que les professionnels de la santé nous ont dit

Chaque semaine, dans notre clinique universitaire de médecine familiale à Edmonton, nous voyons des patients qui répondent aux critères cliniques pour les médicaments pour l'obésité : des patients atteints de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, d'apnée du sommeil, de stéatose hépatique ou d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire préservée, des conditions pour lesquelles ces médicaments ont maintenant bien prouvé leur efficacité. Et chaque semaine, nous passons des heures que nous n'avons pas à gérer les autorisations préalables, les refus et les contestations.

Les données probantes sur ces médicaments se sont considérablement étoffées. Les agonistes des récepteurs GLP-1 et les doubles agonistes GIP/GLP-1 ont maintenant démontré des avantages en matière de réduction du risque cardiovasculaire, de progression de la maladie rénale chronique, de la stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique, d'apnée obstructive du sommeil et d'insuffisance cardiaque, bien au-delà de la seule perte de poids. Pourtant, les formulaires de couverture que nous remplissons restent fixés sur un seul indicateur : l'IMC. Ils demandent si l'IMC a suffisamment baissé pour justifier la poursuite de l'utilisation, comme si un chiffre sur une balance faisait état de tout l'historique de santé d'un patient.

Cette dépendance excessive à l'égard de l'IMC ignore ce que les preuves nous disent. Le rapport taille-hauteur, le rapport taille-hanches et le tour de taille sont des indicateurs plus fiables du risque cardiometabolique. Différentes populations ethniques développent des complications à des seuils d'IMC très différents, parfois aussi bas que 23,9 kg/m² dans les populations sud-asiatiques. Plus important encore, le système de classification de l'obésité d'Edmonton (Edmonton Obesity Staging System), développé ici dans notre ville, est l'outil le mieux appuyé par les données probantes dont nous disposons pour prédire les complications et la mortalité liées à l'obésité, indépendamment de l'IMC. Il n'est inclus dans aucun formulaire de couverture. Une réduction du stade EOSS serait beaucoup plus significative pour déterminer le bénéfice à long terme des médicaments qu'une variation en pourcentage de l'IMC.

Il n'y a pas de normalisation entre les assureurs. Chaque régime a des formulaires, des critères et des processus de contestation différents. Nos apprenants nous voient passer des heures non rémunérées sur ce travail administratif : du temps qui est directement soustrait aux soins aux patients, à l'enseignement et à la prise en charge des maladies chroniques que l'obésité exige. Quand la réponse est un refus, et c'est souvent le cas, le découragement est partagé. Les patients perdent confiance dans le soutien offert par le système de santé. Les cliniciens perdent du temps qu'ils ne peuvent pas récupérer. Et une maladie qui nécessite des soins chroniques continus et fondés sur des données probantes est traitée comme si elle devait être justifiée à nouveau à chaque étape.

Nous pouvons faire mieux. Les critères de couverture devraient être fondés sur la science : des mesures anthropométriques validées, des seuils spécifiques à l'origine ethnique et des systèmes de classification comme l'EOSS basés sur ce qui compte vraiment : le fardeau de la maladie pour la personne dans son ensemble.

- Dr Roshan Abraham, M.D.
Médecin de famille et professeur agrégé, Université de l'Alberta



Ce qu'il faut pour améliorer l'accès aux médicaments

Le Canada a besoin d'une approche planifiée et équitable de la pharmacothérapie de l'obésité.

Cela commence par des politiques de couverture qui reconnaissent les médicaments pour l'obésité comme des traitements fondés sur des données probantes pour une maladie chronique, et non comme des traitements facultatifs qui ne deviennent légitimes qu'une fois qu'un autre diagnostic est associé.

À l'heure actuelle, les personnes vivant avec l'obésité sont confrontées à une série d'obstacles. L'approbation de Santé Canada signifie qu'un médicament peut être prescrit, mais pas nécessairement couvert. Les examens de remboursement, les règles d'assurance, l'autorisation préalable, la paperasse et les contestations créent des obstacles supplémentaires.

Résultat : des critères d'accès qui varient et évoluent constamment. L'accès peut dépendre moins des besoins cliniques que des diagnostics concomitants, des revenus, du régime de prestations, des décisions de l'employeur et de la capacité à faire face aux refus.

Cela révèle également un double standard plus profond.

Lorsque la couverture du traitement n'avance qu'après l'apparition d'une maladie cardiovasculaire, du diabète ou d'une autre complication, le système demande aux gens de devenir malades avant de traiter leur maladie.

Un meilleur accès exige que les payeurs publics et privés évaluent les médicaments pour l'obésité sous le même angle que celui utilisé pour les autres traitements à vie des maladies chroniques : preuves cliniques, sécurité des patients, résultats pour la santé à long terme, équité et durabilité.

Cela nécessite également une prise en charge clinique claire pour l'évaluation, la prescription, la surveillance et le suivi, avec des outils pratiques, de la formation et du soutien administratif pour les professionnels de la santé.

Les médicaments ne sont pas des solutions isolées. Ils doivent être disponibles dans le cadre de soins complets pour l'obésité, parallèlement au soutien psychologique et comportemental, à la thérapie nutritionnelle médicale, au soutien à l'activité physique, à la prise en charge chirurgicale le cas échéant et au suivi continu.

L'utilisation de médicaments augmente parce que les gens cherchent à se faire soigner et que les professionnels de la santé répondent à la demande. Le Canada a maintenant besoin d'une couverture, de politiques et d'une prise en charge des soins qui traitent les médicaments pour l'obésité avec le même sérieux que les autres traitements fondés sur des données probantes pour les maladies chroniques.

La lacune suivante est l'une des moins visibles : les soins psychologiques et comportementaux. Ils sont au cœur de la prise en charge de l'obésité fondée sur des données probantes, mais ils sont souvent sous-financés, sous-évalués et exclus des systèmes qui déterminent l'accès aux soins.





Les soins psychologiques sont essentiels, mais souvent invisibles

Le soutien psychologique et comportemental est un élément essentiel du traitement de l'obésité fondé sur des données probantes. Mais partout au Canada, c'est souvent l'un des éléments des soins les plus difficiles d'accès, à financer et à mesurer.

Les soins pour l'obésité sont souvent basés sur ce que les systèmes peuvent voir : les ordonnances, les interventions chirurgicales, les rendez-vous, la participation à un programme et le changement de poids. Les soins psychologiques sont plus difficiles à voir, mais ils peuvent déterminer si les gens se sentent suffisamment soutenus pour demander des soins et/ou continuer à les recevoir.

Pour une personne vivant avec l'obésité, cela peut signifier recevoir des conseils, des médicaments ou une référence, mais ne pas bénéficier de soutien pour le stress, les troubles des conduites alimentaires, les traumatismes, la dépression, les préjugés intériorisés liés au poids ou les réalités quotidiennes de la vie avec une maladie chronique.

Les soins psychologiques peuvent également aider à identifier et à soutenir les personnes vivant avec une maladie mentale, y compris la dépression et l'anxiété, dans le cadre du traitement de l'obésité. Le soutien en santé mentale est important, mais ce n'est pas la même chose que l'évaluation et les soins pour un problème de santé mentale. Lorsque les équipes de soins pour l'obésité ne sont pas équipées pour fournir ce soutien, il est essentiel d'avoir une prise en charge claire pour des soins psychologiques ou psychiatriques appropriés.

Pourtant, partout au Canada, les soins psychologiques et comportementaux sont souvent difficiles d'accès, financés de manière incohérente et mal mesurés. Dans de nombreux endroits, ils ne sont pas intégrés aux soins de première ligne, aux programmes de maladies chroniques, à la prise en charge avec des médicaments ou aux soins bariatriques. Certaines personnes pourraient se retrouver à devoir payer de leur poche, à

compter sur des prestations ou à trouver un soutien qui n'est pas spécialisé dans la prise en charge de l'obésité.

Les interventions psychologiques virtuelles fondées sur des données probantes peuvent aider à élargir l'accès, en particulier pour les personnes vivant dans des communautés rurales, éloignées ou mal desservies où un soutien spécialisé peut ne pas être disponible au niveau local²⁶.

Sans soins psychologiques intégrés et sans prise en charge claire en matière de santé mentale, les personnes peuvent recevoir un traitement pour l'obésité tout en ne bénéficiant pas du soutien dont elles ont besoin pour rester engagées et en bonne santé au fil du temps.

Seulement mesurer le poids ne prend pas en compte toute la personne

Les soins psychologiques ne sont pas toujours une approche unique. Ils peuvent être dispensés par le biais de conseils, de programmes de groupe, d'entretiens motivationnels, de thérapie cognitivo-comportementale, de thérapie d'acceptation et d'engagement, de soutien à l'autogestion ou de soins de sensibilisation aux préjugés liés au poids.

Ces types de soutien peuvent influencer la santé mentale, la qualité de vie, les comportements alimentaires, la capacité d'adaptation, la confiance, le fonctionnement, l'autogestion tout au long de la vie et la capacité à poursuivre le traitement d'une maladie chronique. Mais lorsque les systèmes n'en font pas le suivi, il est plus facile de négliger leur valeur.

Cela fait en sorte que les soins de l'obésité restent trop étroitement axés sur le poids plutôt que sur la santé, le fonctionnement et le bien-être de la personne dans son ensemble.

Les soins psychologiques peuvent également être sous-estimés dans la pratique clinique. Dans une étude canadienne portant sur les médecins généralistes et les médecins de famille, certains médecins ont exprimé leur scepticisme quant à la valeur à long terme de l'accompagnement ou du soutien en santé mentale dans la prise en charge de l'obésité. Cela renforce le besoin d'une éducation qui reflète les directives cliniques actuelles et aide les professionnels de la santé à comprendre les soins psychologiques et comportementaux comme faisant partie du traitement de l'obésité, et non comme étant à part²⁷.

²⁶ Tahir U, Park K, Cassin S, Sockalingam S. Moving Towards Precision-Based Care in Bariatric and Metabolic Surgery : Predictors of Response To Telephone-Based Cognitive Behavioral Therapy. *Obes Surg.* décembre 2025;35(12):5462-5470. doi : 10.1007/s11695-025-08377-4. Epub, 27 novembre 2025. PMID : 41310266.

²⁷ Lau DCW, Patton I, Lavji R, Belloun A, Ng G, Modi R. Therapeutic inertia in obesity management among people living with obesity from the perspective of general/family practitioners in Canada : A mixed-methods study. *Clinical Obesity.* 2025;15(1):e12701. doi : 10.1111/cob.12701

Le Canada ne sait pas qui reçoit des soins psychologiques

L'examen comparatif a révélé d'importantes lacunes dans la capacité à identifier, à mesurer et à évaluer les services de soutien psychologique pour la prise en charge de l'obésité.

Certains programmes offrent un soutien comportemental et psychologique. Mais le suivi de ces services est rarement normalisé. Lorsque des données existent, elles sont souvent locales, à petite échelle ou déconnectées des rapports plus larges du système de santé.

Cela signifie que le Canada ne peut pas répondre de manière cohérente à des questions fondamentales : Qui peut accéder à des soins psychologiques pour l'obésité? Qui est exclu? Quels services sont financés par l'État? Quels soutiens ne sont disponibles que dans le secteur privé? Et quels sont les résultats obtenus?

Le Canada manque également de surveillance systématique établissant un lien entre les interventions psychologiques et les résultats liés à l'obésité, y compris en ce qui a trait à la qualité de vie, la santé mentale, les complications, l'utilisation des soins de santé et la gestion de la maladie tout au long de la vie.

Lorsque les soins ne sont pas visibles dans les données, il est plus facile de les exclure des budgets, des programmes et des décisions politiques.

L'accès dépend trop souvent de la couverture, du coût et de la disponibilité locale

Pour beaucoup de gens, les soins psychologiques et comportementaux dépendent de la disponibilité au niveau local, de ce que leurs prestations couvrent ou de ce qu'elles peuvent se permettre de payer de leur poche.

Même lorsque l'accompagnement ou la thérapie sont disponibles, ils peuvent ne pas être fondés sur la science actuelle de l'obésité. Une personne peut trouver un soutien en santé mentale, mais pas un soutien qui comprend l'obésité comme une maladie chronique, qui reconnaît les préjugés liés au poids ou qui évite les approches stigmatisantes.

Cela engendre une autre inégalité dans les soins pour l'obésité. On peut dire aux gens de faire des changements sans leur offrir le soutien nécessaire pour rendre ces changements durables, sécuritaires ou compatissants.

Lorsque nous traitons l'obésité sans aborder la santé mentale, les préjugés et la stigmatisation liés au poids et les réalités de la vie avec une maladie chronique, nous ne traitons qu'une partie de la personne. Les soins pour l'obésité fondés sur des données probantes doivent inclure un soutien psychologique et en santé mentale, non pas comme un complément facultatif, mais comme une partie essentielle des soins dont les gens ont besoin.

- Dr Sanjeev Sockalingam,
directeur scientifique,
Obésité Canada



Ce qu'il faut pour améliorer les soins psychologiques

Le Canada doit traiter le soutien psychologique et comportemental comme partie intégrante des soins complets pour l'obésité, et non comme un complément facultatif.

Cela signifie le financer dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques et l'intégrer aux soins de première ligne, aux équipes interdisciplinaires, aux programmes bariatriques, à la prise en charge avec des médicaments et aux services pour les maladies chroniques.

Cela signifie aussi former les professionnels de la santé mentale à fournir des soins fondés sur des données probantes, conscients des préjugés liés au poids et ancrés dans les réalités des personnes vivant avec l'obésité.

Cela signifie aussi changer ce qui est mesuré.

Les programmes devraient faire le suivi de l'accès aux soins psychologiques et comportementaux, des personnes qui les reçoivent, de celles qui sont exclues et de la façon dont cela affecte la qualité de vie, la santé mentale, les comportements alimentaires, le sentiment d'efficacité personnelle, l'utilisation des soins de santé et le soutien continu.

Sans soins psychologiques, les soins pour l'obésité sont incomplets.

Et sans mesurer et financer ces soins, le Canada continuera de passer à côté de l'un des éléments les plus importants pour aider les gens à bien vivre avec une maladie chronique.

**Le soutien psychologique
et comportemental dans
les soins pour l'obésité
peut aider à :**



gérer le stress;



**aborder les relations avec
la nourriture et l'alimentation;**



**renforcer la confiance et
la connaissance de ses
propres capacités;**



**réduire les préjugés
intérieurisés liés au poids;**



**identifier et soutenir les
problèmes de santé mentale,
comme la dépression
et l'anxiété;**



**rester engagé dans les soins
tout au long de la vie.**

Ce que les personnes vivant avec l'obésité nous ont dit

En tant qu'ancienne patiente ayant subi une chirurgie bariatrique métabolique et professionnelle de la santé mentale, j'ai vécu personnellement les conséquences de notre système de soins de santé financé par le gouvernement n'incluent pas toujours les soins psychologiques.

Après mon opération, j'ai connu des complications importantes, notamment des nausées chroniques, des vomissements, le syndrome du côlon irritable et une occlusion intestinale potentiellement mortelle qui a nécessité une intervention chirurgicale d'urgence.

Pourtant, la partie la plus difficile de mon rétablissement a été l'impact psychologique. Le traumatisme, la peur, le chagrin et l'ajustement émotionnel qui ont suivi étaient profonds, mais je ne pouvais pas me payer des soins de psychothérapie.

Comme de nombreux Canadiens, j'ai appris que notre système de soins de santé financé par le gouvernement ne comprend pas souvent l'esprit. Les soins psychologiques ne sont pas un complément facultatif au traitement de l'obésité, ils sont un élément fondamental de soins sûrs et fondés sur des données probantes.

Lorsque les gouvernements ne financent pas les services de santé mentale, les patients doivent affronter par eux-mêmes certaines des expériences les plus difficiles de leur vie sans soutien adéquat. Aucun Canadien ne devrait avoir à choisir entre sa santé mentale et sa sécurité financière. Si nous voulons vraiment améliorer les soins pour l'obésité, nous devons rendre les services psychologiques accessibles publiquement à tous ceux qui en ont besoin.

- Vicki-Anne Rodrigue, M.Ed., CCC
Patiente avec une expérience personnelle et
conseillère certifiée canadienne



Ce qui doit changer

Le Canada dispose de la science, des directives cliniques, des traitements et de l'expertise nécessaires afin d'améliorer les soins pour l'obésité. Ce qui manque, c'est l'alignement entre les données probantes, les politiques et les systèmes.

L'obésité est reconnue dans les directives cliniques comme une maladie chronique, mais les politiques, le financement, les mesures et l'accès ne sont pas toujours à jour. Le résultat : un système où les soins dépendent souvent de la région, des revenus, de la couverture des prestations, de la capacité locale et du fait qu'une personne rencontre ou non un professionnel de la santé étant formé pour traiter l'obésité.

Pour améliorer les soins de l'obésité, le Canada n'a pas besoin de partir de zéro. Cela exige que les gouvernements, les systèmes de santé, les employeurs, les assureurs, les éducateurs et les dirigeants du secteur de la santé s'alignent sur un objectif commun : des soins pour l'obésité équitables et fondés sur des données probantes intégrés aux soins pour les maladies chroniques.

Recommandation n° 1

Reconnaître officiellement l'obésité comme une maladie chronique dans toutes les politiques et tous les systèmes

Le Canada a besoin d'une reconnaissance cohérente de l'obésité comme une maladie chronique dans l'ensemble des politiques, des communications et des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Les politiques, les stratégies de santé publique et les communications en matière de soins de santé liées à l'obésité devraient être alignées sur les directives cliniques actuelles sur l'obésité. Cela façonne ce qui est mesuré, financé, enseigné et traité.

Recommandation n° 2

Moderniser les mesures et la surveillance de l'obésité

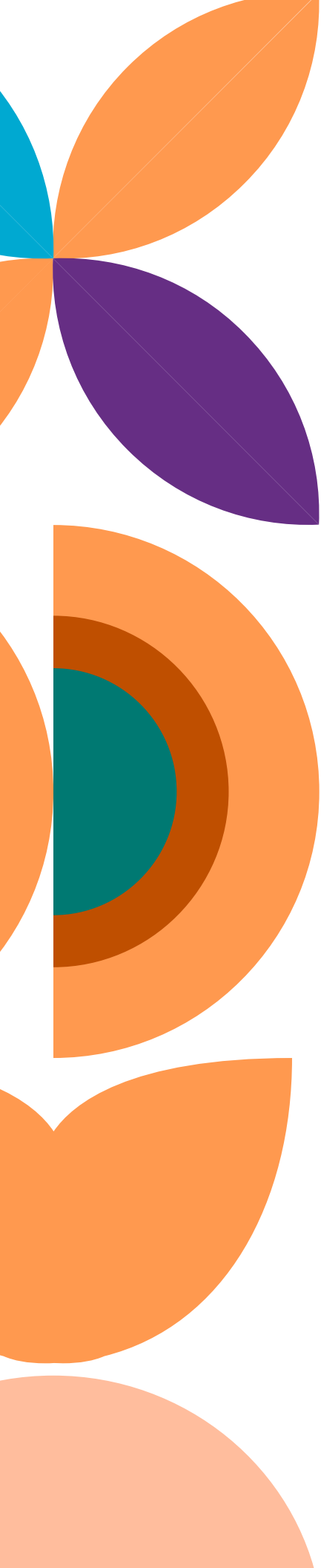
Le Canada ne peut pas améliorer les soins pour l'obésité sans de meilleures données de surveillance sur le diagnostic, l'accès au traitement, la prise en charge des soins et les résultats à long terme dans toutes les juridictions qui vont au-delà de l'utilisation de l'IMC à lui seul.

Recommandation n° 3

Intégrer les soins pour l'obésité dans les soins de première ligne et la prise en charge des maladies chroniques

Obtenir du soutien pour l'obésité ne devrait pas dépendre de la persévérance, des ressources privées ou du lieu de résidence.

Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux devraient financer et mettre en œuvre une prise en charge des soins pour l'obésité alignés sur les lignes directrices cliniques dans le cadre des programmes existants de soins de première ligne et de prise en charge des maladies chroniques, y compris l'évaluation, le diagnostic, la planification du traitement, les options de référence et le suivi continu.



Recommandation n° 4

Développer la formation sur l'obésité et les outils pratiques pour les professionnels de la santé

De nombreux professionnels de la santé n'ont pas reçu la formation, les outils, le temps ou les options de référence nécessaires afin de fournir de meilleurs soins pour l'obésité.

Les programmes de formation médicale, infirmière, paramédicale et professionnelle continue devraient intégrer des soins pour l'obésité fondés sur des données probantes et conscients des préjugés liés au poids dans les programmes d'études, la formation clinique, les compétences et le perfectionnement professionnel. Les systèmes de santé devraient également fournir des outils pratiques pour l'évaluation, la prescription, la référence et le suivi.

Recommandation n° 5

Financer des soins pour l'obésité complets et fondés sur des données probantes

Les contribuables publics et privés devraient reconnaître les soins complets pour l'obésité comme faisant partie de la prise en charge des maladies chroniques. Cela comprend la couverture des soins prodigués par des professionnels paramédicaux, le soutien psychologique et comportemental, les médicaments pour l'obésité, la prise en charge de la chirurgie bariatrique métabolique et un suivi continu approprié.

Recommandation n° 6

Investir dans la réduction des préjugés liés au poids dans les systèmes de soins de santé, les politiques et les systèmes publics

Les préjugés liés au poids influencent les rendez-vous cliniques, les décisions politiques, la couverture d'assurance, l'éducation, la recherche, l'emploi et l'accès aux soins.

Les gouvernements, les organisations de soins de santé, les employeurs, les assureurs et les établissements d'enseignement devraient adopter des stratégies de réduction des préjugés liés au poids, utiliser un langage axé sur la personne, inclure l'expérience personnelle dans la conception des programmes et des politiques, et veiller à ce que les politiques en matière d'obésité soient fondées sur des données probantes, la dignité et le respect.

Bâtir les soins dont les Canadiens vivant avec l'obésité ont besoin

Les prochaines étapes

Pourquoi c'est important

Reconnaître officiellement l'obésité comme une maladie chronique

Pour aligner les politiques, la communication et le financement sur la science actuelle.

Moderniser les mesures et la surveillance

Pour rendre visibles les diagnostics d'obésité, l'accès au traitement et les résultats.

Intégrer les soins pour l'obésité dans la prise en charge pour les soins existants

Pour aider les gens à obtenir les bons soins, du bon prestataire, au bon moment.

Développer la formation des professionnels de la santé

Pour donner aux professionnels de la santé les outils et la confiance nécessaires pour prodiguer des soins fondées sur des données probantes.

Financer des soins pour l'obésité complets et fondés sur des données probantes

Pour rendre plus accessibles les soutiens psychologiques, comportementaux, nutritionnels, d'activité physique, médicamenteux, chirurgicaux et en assurer le suivi.

Investir dans la réduction des préjugés liés au poids dans les systèmes de soins de santé, les politiques et les systèmes publics

Pour favoriser des soins plus sécuritaires et plus respectueux et de meilleures décisions politiques.

Ces actions sont reliées. La reconnaissance influence la façon dont l'obésité est comprise et priorisée. De meilleures mesures rendent visibles les lacunes dans les soins. L'éducation permet aux professionnels de la santé de fournir un soutien fondé sur des données probantes. La couverture détermine si les personnes peuvent accéder au traitement. La collecte continue de données permet d'évaluer les progrès et d'identifier les domaines dans lesquels des améliorations sont encore nécessaires.

Ensemble, ces changements contribueraient à créer une approche plus cohérente, équitable et fondée sur des données probantes des soins pour l'obésité : une approche intégrée à la prise en charge des maladies chroniques et accessible aux gens, quel que soit leur lieu de résidence ou leurs ressources.

À quoi ressemblent de meilleurs soins pour l'obésité au Canada



Reconnaissance

L'obésité est reconnue et traitée comme une maladie chronique dans les politiques gouvernementales, les programmes de santé, les normes de soins et le discours public.



Mesure

L'obésité est mesurée au moyen de données cohérentes sur le diagnostic, l'accès au traitement, les résultats et les inégalités dans toutes les juridictions.



Intégration

L'obésité est intégrée aux soins de première ligne et aux programmes de maladies chroniques, avec un soutien coordonné et un accès aux soins paramédicaux, aux soins psychologiques, à la pharmacothérapie et à la chirurgie bariatrique métabolique.



Financement

L'obésité est financée par des politiques de couverture publiques et privées qui soutiennent les soins fondés sur des données probantes en fonction des besoins cliniques et des options de traitement alignées sur les lignes directrices cliniques, et non sur la capacité de payer.



Respect

L'obésité est traitée par des soins axés sur la personne, conscients des préjugés liés au poids et conçus de pair avec les personnes vivant avec l'obésité.

L'avenir des soins pour l'obésité

Le Canada a contribué à façonner la science des soins pour l'obésité dans le monde entier.

Maintenant, le Canada doit décider si ses systèmes suivront.

Ce rapport montre un pays pris entre ce que nous savons et ce que nous faisons. L'obésité est considérée dans les directives clinique comme une maladie chronique, mais elle est toujours prise en charge par des programmes fragmentés, des politiques incohérentes, une couverture limitée et des systèmes de données qui ne peuvent pas montrer qui reçoit des soins et qui est exclu.

Pour les personnes vivant avec l'obésité, ce décalage peut mener à des années sans diagnostic. Une orientation vers d'autres professionnels de la santé sans prochaine étape claire. Un traitement qui existe, mais qui n'est pas couvert. Une prise en charge chirurgicale qui dépend du lieu où on vit. Un soutien psychologique reconnu dans les directives, mais pas disponible dans la pratique. Une conversation sur les soins de santé façonnée par la stigmatisation avant la science.

Une meilleure voie à suivre est à portée de main

Les soins pour l'obésité doivent être reconnus, mesurés, financés et dispensés comme des soins pour les maladies chroniques. Les professionnels de la santé ont besoin de formation, d'outils et d'une prise en charge établie. Les traitements fondés sur des données probantes ont besoin d'une couverture qui reflète les besoins cliniques. Les personnes vivant avec l'obésité doivent être impliquées dans l'élaboration des systèmes qui affectent leur vie.

La question n'est plus de savoir si le Canada dispose de suffisamment de preuves pour agir.

Mais bien si nous sommes prêts à bâtir des systèmes à la hauteur des preuves dont nous disposons déjà.

Le Canada a changé la façon dont l'obésité est perçue.

Il est maintenant temps de changer ce que les personnes vivant avec l'obésité peuvent attendre des soins au Canada.



Ce que vous pouvez maintenant faire

Aidez à faire passer ce rapport des preuves à l'action.

Le Canada dispose de la science et des données probantes nécessaires afin d'améliorer les soins pour l'obésité. Maintenant, les décideurs doivent comprendre que de meilleurs soins pour l'obésité sont importants pour les Canadiens.

En un clic, vous pouvez envoyer ce rapport à vos élus et leur demander de soutenir des politiques qui reconnaissent, mesurent, financent et dispensent des soins pour l'obésité comme des soins pour les maladies chroniques.

Contribuez à mettre en œuvre de meilleurs soins pour l'obésité

Ce rapport est un point de départ. Élaborer de meilleurs soins pour l'obésité au Canada nécessitera une mobilisation soutenue, une éducation plus poussée et un changement dans la façon dont l'obésité est perçue et traitée.

Votre soutien aide Obésité Canada à poursuivre ces efforts.

Envoyez ce rapport

Numérisez le code QR pour contacter vos élus.



Faites un don pour soutenir le travail d'Obésité Canada

Numérisez le code QR pour faire un don.



Remerciements

Obésité Canada était responsable de la conception, de la collecte de données probantes, de l'analyse et de l'interprétation de *L'état des soins pour l'obésité au Canada*. Ce rapport a pu être élaboré grâce à des subventions sans restriction des partenaires de FOCUS, y compris Novo Nordisk Canada.

Merci aux personnes et aux partenaires dont l'expertise, le dévouement et l'engagement ont contribué à donner vie à ce rapport.

Obésité Canada exprime sa gratitude toute particulière à Jacob Shelley, Ph. D., Kurt Tulsieram, Ph. D., et aux membres du Health Ethics, Law & Policy (HELP) Lab de l'Université Western qui ont dirigé la collecte et l'analyse des données probantes pour ce rapport.

Nous remercions tout particulièrement Jennifer Brown, M. Sc., diététiste professionnelle, éducatrice agréée en diététique et directrice de l'innovation des programmes à Obésité Canada, pour sa contribution à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données probantes, ainsi qu'à l'élaboration du rapport. Nous remercions également Talia Wiebe, directrice du marketing et des communications chez Obésité Canada, pour ses contributions à l'élaboration, à la production et à l'application des connaissances du rapport.

Merci aux experts anonymes et nommés ayant une expérience personnelle et aux professionnels de la santé qui ont fourni des histoires, des expériences et des points de vue présentés dans ce rapport : Tara Clelland, Vicki-Anne Rodrigue, Khalid Bhatti, Laurel Zvaigzne, Al Martin, Dawne Lachappelle et le Dr Roshan Abraham.

Nous remercions également les experts canadiens qui ont offert leur temps, leurs connaissances et leur expertise pour aider à déterminer les indicateurs de référence et à interpréter les données probantes au sein du Comité consultatif scientifique d'Obésité Canada. Leurs contributions ont permis de s'assurer que ce rapport est fondé sur des données probantes, l'expérience clinique et les réalités des soins pour l'obésité au Canada.

Comité consultatif scientifique

Dr Sanjeev Sockalingam

Obésité Canada, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Jennifer Brown, M. Sc., diététiste

professionnelle, Éducatrice certifiée en obésité
Obésité Canada, L'Hôpital d'Ottawa

Megan Racey, Ph. D.

Obésité Canada

Angela Alberga, Ph. D.

Université Concordia

Candace Vilhan

L'Hôpital d'Ottawa, experte en expérience
personnelle

Dr David Macklin

Medcan

Dr Sean Wharton

Wharton Medical Clinic

Geoff Ball, Ph. D.

Université de l'Alberta

Lana Vanderlee, Ph. D.

Université Laval

Michael Vallis, Ph. D., psychologue agréé

Université Dalhousie

Dr Satya Dash

University Health Network

Sylvia Santosa, Ph. D.

Université Concordia

Dr Raed Hawa

University Health Network

Crédits de production

Conception graphique : Anastasia Chetvertukhina

Développement Web : BSTRO

Crédits photographiques

Coalition européenne des personnes vivant
avec l'obésité (ecpomedica.org)

Age without Limits (www.agewithoutlimits.org)

World Obesity (www.worldobesity.org)

CIRA (www.cira.ca)

**obesity
canada**



**obésité
canada**



Méthodologie

Indicateurs de référence

À partir de juillet 2024, le Health, Ethics & Policy (HELP) Lab de l'Université Western a identifié des indicateurs de référence pour les recommandations des LDP de 2020. En collaboration avec Obésité Canada (OC) et le comité consultatif scientifique, les indicateurs de référence ont été examinés, ajustés et réduits pour la collecte de données probantes, ce qui a abouti à 37 indicateurs de référence (annexe B) en décembre 2024.

Une recherche et une analyse des données probantes ont eu lieu entre janvier et juillet 2025. Les sources de données probantes organisationnelles ont été ciblées en fonction du domaine thématique spécifique de chaque indicateur de référence. Ces sources de données probantes anticipées ont été sélectionnées sur la base de l'opinion d'experts et ont été comparées à la liste de contrôle de la littérature grise de l'Agence canadienne des médicaments (ACM, anciennement l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)) pour confirmer leur crédibilité et leur portée. Voici quelques exemples de ces sources : des déclarations explicites du gouvernement provincial ou fédéral, des articles évalués par des pairs et des rapports d'associations réputées ou de grandes organisations non gouvernementales (ONG).

Pour garantir que la recherche soit systématique et exhaustive, nous avons effectué une recherche avancée sur Google pour chacun des 37 indicateurs de référence.

Stratégie de recherche

Le HELP Lab a appliqué le protocole de recherche structuré et reproductible suivant pour chacun des 37 indicateurs de référence qui ont été appliqués dans l'ensemble des juridictions fédérales, provinciales et territoriales.

Chaque chaîne de recherche booléenne (utilisant des mots ou des symboles spécifiques pour limiter, élargir ou définir la recherche dans un moteur de recherche) commençait par un identifiant juridictionnel général. Cela comprenait le nom complet de la province ou du territoire et son abréviation. Suivi des catégories ou des concepts pertinents pour chaque indicateur de référence. Pour chaque catégorie, des synonymes et des termes étroitement liés ont été ajoutés pour trouver les bonnes sources.

Les recherches ont été effectuées à l'aide de la recherche avancée de Google. Cela a permis d'affiner la recherche de plusieurs façons clés : (1) la recherche par limites de date, (2) les filtres de langue ont limité les résultats à l'anglais et au français, et les filtres régionaux ont permis de limiter les sources de données probantes au Canada, (3) les filtres de type de fichier ont été utilisés après une analyse manuelle pour trouver toute source cachée ou oubliée, et (4) les restrictions au niveau du domaine qui ont dirigé les recherches vers des sources faisant autorité, telles que les sites Web officiels du gouvernement (par exemple, site: gov.bc.ca) ont également été utilisées après une analyse manuelle pour trouver toute source cachée ou oubliée.

Au minimum, les 50 premiers résultats de recherche ont été évalués en ordre séquentiel. La recherche a été considérée comme terminée lorsque les 10 derniers résultats examinés ne contenaient aucun contenu pertinent.

Tous les résultats pertinents ont été saisis et organisés dans le logiciel de gestion des références Zotero (version 6.0.36, <https://zotero.org/>).

Deux examinateurs indépendants du HELP Lab ont vérifié la pertinence de chaque document par rapport aux indicateurs de référence. Les divergences ont été réglées par consensus. Le processus combiné a permis de garantir que l'ensemble de données probantes final était complet, crédible et aligné sur l'indicateur de référence prédéfini.

Indicateurs de référence

1. L'obésité a-t-elle été reconnue comme une maladie chronique par un gouvernement fédéral, provincial ou territorial²⁸?
2. Des professions de santé (par exemple, des ordres professionnels réglementaires ou des associations) ont-elles reconnu l'obésité comme une maladie chronique?
3. D'autres organisations ou associations de santé, ONG, etc., ont-elles reconnu l'obésité comme une maladie chronique?
4. Le gouvernement F/P/T a-t-il des politiques ou des programmes visant les préjugés liés au poids, la stigmatisation ou la discrimination?
5. La discrimination fondée sur le « poids » est-elle reconnue dans une loi ou une jurisprudence F/P/T?
6. Est-ce que des collèges ou des associations offrent une formation sur les préjugés et la stigmatisation liés au poids, ou sur les préjugés et la stigmatisation de manière plus générale?
7. Les 5A sont-ils promus par des politiques F/P/T ou approuvés par des professions de santé?
8. Existe-t-il une formation adéquate sur les soins bariatriques pour les FSP et les FSS?
9. Combien de FSP et FSS sont formés à la prise en charge de l'obésité (c.-à-d. ABOM, CBES et CALIBRE)?
10. Est-ce que des programmes de formation des FSP (premier cycle, cycles supérieurs et formation continue) couvrent l'obésité, ses causes et son impact, sa prise en charge, les préjugés et la stigmatisation?
11. Le gouvernement F/P/T offre-t-il des soins spécifiques à la population en matière d'obésité, ou a-t-il des programmes ou des politiques spécifiques à la population?
12. Les mesures anthropométriques, y compris le tour de taille, sont des mesures standard et sont enregistrées dans les dossiers des patients (pas seulement l'IMC), comme l'indique l'ICHOM.
13. Quel temps ou quelles ressources sont alloués à l'obtention des antécédents des patients (c.-à-d. le cadre des 4M et les entrevues axées sur l'obésité) dans chaque province ou territoire?
14. L'EOSS a-t-elle été approuvée par une profession ou un gouvernement F/P/T pour déterminer la sévérité de l'obésité?
15. Existe-t-il un accès à des programmes à composantes multiples de soins de première ligne?
16. Les patients vivant avec l'obésité ont-ils accès à des équipes interdisciplinaires?
17. Quel est le niveau d'accès aux interventions en matière de nutrition et d'exercice pour les personnes vivant avec l'obésité dans chaque P/T?
18. Quel est le niveau d'accès à l'éducation en nutrition et à l'activité physique par le biais des régimes d'assurance privés?
19. Les Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures sont-elles approuvées par les gouvernements F/P/T ou par les collèges ou les associations de FSP et de FSS?
20. Quel est le niveau d'accès aux interventions psychologiques pour les personnes vivant avec l'obésité dans chaque P/T?

²⁸ F/P/T : fédéral, provincial ou territorial

P/T : provincial ou territorial/province ou territoire

FSP : fournisseur de soins primaires

FSS : fournisseur de soins de santé

21. Quel est le niveau d'accès à l'intervention psychologique par le biais des régimes d'assurance privés?
22. Quel est le niveau d'accès à la couverture pharmaceutique par chaque P/T pour les médicaments pour l'obésité?
23. Quel est le niveau d'accès aux prestations pharmaceutiques pour les médicaments pour l'obésité par le biais des régimes d'assurance privés?
24. Quel est le niveau d'accès à la chirurgie bariatrique métabolique dans chaque P/T?
25. Combien d'interventions chirurgicales sont pratiquées chaque année par rapport au nombre d'interventions recommandées, au nombre d'interventions sur la liste d'attente ou au nombre d'adultes potentiellement admissibles dans cette P/T?
26. Quels sont les délais d'attente pour la chirurgie bariatrique métabolique dans chaque P/T?
27. Que prévoit chaque P/T en matière de soins pré et postopératoires pour la chirurgie bariatrique métabolique?
28. Quels critères sont utilisés dans chaque P/T pour déterminer l'admissibilité à la chirurgie bariatrique métabolique?
29. La chirurgie bariatrique métabolique est-elle disponible pour les patients atteints de diabète de type 2 mal contrôlé et d'obésité de classe I dans chaque P/T?
30. Quelles sont les possibilités dont disposent les professionnels de la santé pour inciter les patients en chirurgie bariatrique métabolique à participer à des interventions comportementales et à des services paramédicaux?
31. Quels sont les plans de soins fournis aux patients sortis de l'hôpital après une chirurgie bariatrique métabolique et que couvrent-ils dans chaque P/T?
32. Que prévoit chaque P/T en matière de suivi des patients ayant obtenu une chirurgie bariatrique métabolique?
33. Qu'est-ce qui pousse un FSP à donner une référence pour un centre de chirurgie bariatrique métabolique?
34. Quels sont les suivis et les tests de laboratoire fournis après la chirurgie bariatrique métabolique dans chaque P/T?
35. Les FSP peuvent-ils référer les personnes en surpoids ou vivant avec l'obésité vers des programmes à plusieurs composantes avec une prise en charge personnalisée de l'obésité dans chaque P/T?
36. Les programmes à plusieurs composantes de soins de première ligne comprennent-ils des stratégies personnalisées de prise en charge de l'obésité dans chaque P/T?
37. Quelles sont les technologies dont disposent les FSS pour aborder l'obésité avec les patients?



**obésité
canada**

**Changer la façon
dont le Canada
perçoit, soutient
et comprend
les personnes
touchées par
l'obésité.**

<https://obesitycanada.ca/fr>

Suivez-nous



@obesitycanada