

Traiter l'obésité, une maladie chronique, par les saines habitudes de vie

Jean-Sébastien Paquette, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université Laval; VITAM – Centre de recherche en santé durable; CISSS de Lanaudière; Laboratoire ARIMED

Pierre Cordeau, VITAM – Centre de recherche en santé durable

FAITS SAILLANTS

- Près d'un adulte sur trois vit avec l'obésité au Québec et les taux de prévalence sont en constante augmentation.
- En 2021, la charge fiscale de l'obésité était estimée à 22,9 milliards de dollars au Canada et à 5,13 milliards de dollars au Québec, représentant près de 750 \$ par habitant du Québec.
- Bien qu'elles soient des éléments importants pour la prévention et le traitement de l'obésité et des problèmes de santé associés, la mise en œuvre d'interventions sur le mode de vie reste un défi pour les prestataires de soins de santé primaires.
- Actuellement, le système de santé québécois ne dispose pas d'un soutien interdisciplinaire adéquat pour la prise en charge de l'obésité.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

L'obésité est devenue un problème de santé majeur au Québec. En 2022, près d'un adulte sur trois (29 %) était obèse (1), une hausse marquée par rapport au niveau enregistré en 2003 (14 %) (2). Traditionnellement, l'obésité est déterminée par un indice de masse corporelle (IMC; poids/grandeur) supérieure à 30. Quoiqu'imparfait, l'IMC est toujours utilisé, car il donne une idée rapide et générale de la constitution physique d'une personne. Cependant, il est important de mentionner que l'IMC ne différencie pas la masse musculaire de la masse adipeuse et une personne musclée peut être considérée comme obèse (3). De plus, la répartition des graisses sur le corps n'est pas prise en compte, alors que l'on sait que la graisse viscérale (ou abdominale) est plus nocive que la graisse sous-cutanée (3).

L'obésité n'est pas un choix de vie, mais une maladie chronique déterminée par des facteurs biologiques qui échappent bien souvent au contrôle de l'individu, avec 70 % de risque déterminé par la génétique (4). L'obésité est mal comprise par la société, même au sein du système de santé qui est censé aider les personnes qui en sont atteintes (4). La stigmatisation et la discrimination vécues par les personnes souffrant d'obésité créent des obstacles structurels aux soins, ce qui détériorent la santé et le bien-être mental, contribuant à la dépression, à l'anxiété et à l'isolement social (4). Une meilleure compréhension de l'obésité permettrait de contrer cette stigmatisation et de mettre l'accent sur des soins fondés sur les données probantes.

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

La communauté scientifique s'accorde à dire que l'obésité affecte la qualité de vie en augmentant le risque de maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et certains types de cancer (4). Les interventions sur le mode de vie sont largement reconnues comme des éléments importants pour la prévention et le traitement de l'obésité et des problèmes de santé associés. Malgré ces données probantes, la mise en œuvre d'interventions sur le mode de vie reste un défi pour les prestataires de soins de santé primaires. Aider les patients à adopter des habitudes de vie plus saines et durables nécessite des ressources importantes et un engagement en temps considérable. En outre, il existe généralement un manque de trajectoires cliniques bien définies pour prévenir et pour traiter l'obésité et les problèmes de santé associés par le biais de la médecine du mode de vie dans les milieux de soins primaires (5). Pourtant, il a été démontré qu'une approche multidisciplinaire spécialisée centrée sur le patient est beaucoup plus efficace pour maintenir la perte de poids (6). Dans le cadre d'une visite médicale, les cliniciens discutent de stratégies pour perdre du poids, mais ils ont rarement l'infrastructure nécessaire pour assurer un suivi adéquat. Ceci entraîne un faible taux de réussite, car peu de changements dans les habitudes de vie à long terme sont maintenus ou observés. Idéalement, une prise en charge initiale efficace devrait inclure une amélioration des habitudes de vie (alimentation et activité physique), ainsi que d'autres interventions comportementales (7).

L'absence de prise en charge adéquate et rapide de l'obésité entraîne une détérioration des symptômes associés aux maladies chroniques et affecte la qualité de vie des patients. Plusieurs effets négatifs sur la santé physique et psychologique sont répertoriés : apnée du sommeil, fatigue, dépression, infertilité, cancer, diabète, hypertension, maladies cardiaques athérosclérotiques et plus encore (4). Les personnes souffrant d'obésité ont des taux de consultations médicales, de consultations en spécialité, de visites aux urgences, de séjours à l'hôpital et de consommation de médicaments sur ordonnance nettement plus élevés que les personnes non obèses. La charge fiscale de l'obésité au Québec, incluant les coûts directs et indirects, était évaluée à 5,13 milliards de dollars en 2021, représentant près de 750 \$ par habitant du Québec (8).

Après avoir essayé d'améliorer les habitudes de vie, la pharmacothérapie est souvent prescrite comme deuxième option, mais la médication est un outil et non une solution (9). Elle peut être très efficace, à condition qu'elle soit combinée à une alimentation saine et à des activités physiques visant à maintenir la masse musculaire (7). Il est important de mentionner que l'approche pharmacologique pour le traitement de l'obésité n'est pas couverte par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Le manque de ressources (p. ex. nutritionnistes, kinésithérapeutes) dans certains groupes de médecine de famille (GMF) crée des inégalités en matière de santé. Les patients plus aisés ont accès à des professionnels privés et à des médicaments contre l'obésité coûteux, alors que les patients moins aisés n'y ont pas accès. Le statut socioéconomique d'un patient ne devrait pas être un facteur de réussite dans la prise en charge de son obésité.

Enfin, la chirurgie bariatrique peut également être proposée aux patients (selon des critères bien définis) et, comme pour les médicaments, une amélioration des habitudes de vie est nécessaire pour être efficace et éviter de reprendre le poids perdu à la suite de l'intervention (10).

Les ressources étant limitées dans les GMF, une solution innovante a été développée en réorganisant les soins sous la forme d'une clinique spécialisée en santé métabolique au GMF universitaire (GMF-U) du Nord de Lanaudière. Cette clinique, que nous avons baptisée Clinique Méta-Santé (clinique de santé métabolique), soutient un parcours clinique fondé sur des données probantes intégrant la médecine du mode de vie dans la prise en charge de l'obésité et des problèmes de santé associés chez les adultes. Sans grever les ressources existantes, c'est-à-dire sans nécessiter de personnels ou d'installations supplémentaires, l'équipe déjà en place a créé des outils et une méthode de travail qui permettent une collaboration interprofessionnelle au sein de la clinique et une focalisation sur les objectifs du patient. Cette clinique permet de répondre aux besoins des patients sur différents aspects de leur santé en leur offrant une trajectoire de soins personnalisés. Les GMF et GMF-U ont un certain pouvoir décisionnel sur le choix des professionnels subventionnés dans leur établissement. Comme chaque GMF détermine le nombre d'employés à temps plein qu'il peut embaucher, les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les pharmaciens et les nutritionnistes sont les choix les plus fréquents. Tous ces intervenants travaillent ensemble à la Clinique Méta-Santé pour optimiser les soins aux patients et leur offre de services. D'autres professionnels (p. ex. des physiothérapeutes, des kinésiothérapeutes et des ergothérapeutes) peuvent être engagés afin d'améliorer davantage cette trajectoire de soins. Ceci permet d'inclure des patients ayant des défis supplémentaires au maintien de saines habitudes de vie.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

La population québécoise vieillit, devient plus sédentaire et prend du poids. Nous vivons dans un système de santé qui met trop d'accent sur le traitement et pas assez sur la prévention et l'éducation. Si cette tendance se maintient, les coûts de santé augmenteront de façon astronomique au fur et à mesure que la santé de la population diminuera. Selon les données de 2023-2024, les Québécois ont payé environ 1 milliard de dollars par semaine en santé et services sociaux (11). La santé est un concept multifactoriel et tant qu'il y aura des zones à faible revenu, des personnes à faible niveau d'éducation et des ménages souffrant d'insécurité alimentaire, les inégalités persisteront, de même que les maladies chroniques. La création de la Clinique Méta-Santé maximise les ressources disponibles afin de mieux servir les patients tout en maintenant la chaîne de services continue pour maximiser les gains sur le long terme. Elle représente une solution novatrice aux défis de la gestion de l'obésité et de ses complications en milieu de soins primaires. En intégrant la médecine du mode de vie dans un parcours clinique structuré et en s'appuyant sur une équipe interdisciplinaire, la clinique aide efficacement les patients à améliorer leur santé de manière durable.

RÉFÉRENCES

1. Canada S. Un aperçu des mesures relatives au poids et à la taille dans le cadre de la Journée internationale de l'obésité Statistique Canada: Statistique Canada; 2024 [cited 2025 March 3]. Available from: <https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/5742-un-aperçu-des-mesures-relatives-au-poids-et-la-taille-dans-le-cadre-de-la-journee>.
2. MSSS. Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024 [updated March 12 2025; cited 2025 March 3]. Available from: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante->

- [bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/evolution-de-la-population-touchee-par-l-obesite/](#).
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Bautista L, Franzosi MG, Commerford P, et al. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: a case-control study. *Lancet*. 2005;366(9497):1640-9.
 4. Canada O. 5 Facts about obesity everyone should know 2025 [Available from: <https://obesitycanada.ca/understanding-obesity/5-facts/>].
 5. Paquette J, Dubé S, Moreau L, Pelland L, Menear M, Rhéaume C, et al. Implementing a Lifestyle Medicine Clinic for Obesity and Related Chronic Health Conditions in a Primary Care Setting: The Méta-Santé Clinic. Submitted.
 6. Foster D, Sanchez-Collins S, Cheskin LJ. Erratum: Multidisciplinary Team-Based Obesity Treatment in Patients With Diabetes: Current Practices and the State of the Science. *Diabetes Spectrum* 2017;30:244-249 (DOI: 10.2337/ds17-0045). *Diabetes Spectr*. 2018;31(1):119.
 7. INESSS. La pharmacothérapie dans le traitement de l'obésité: Gouvernement du Québec; 2022 [cited 2025 March 3]. Available from: https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Usage_optimal/INESSS_Pharmaco_Obesite_EC.pdf.
 8. Nordisk N. Priorités pour le budget du Québec 2025-2026 2025 [cited 2025 March 3]. Available from: https://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publicques/consultations_prebudgetaires/2025-2026/memoires/Novo_Nordisk_Canada.pdf.
 9. Tchang BG, Aras M, Kumar RB, Aronne LJ. Pharmacologic Treatment of Overweight and Obesity in Adults. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA)2000.
 10. ASMBS. Life After Bariatric Surgery: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery; 2021 [cited 2025 March 3]. Available from: <https://asmbs.org/patients/life-after-bariatric-surgery/>.
 11. Brasseur N. L'heure juste: les Québécois dépensent bel et bien 1 milliard \$ par semaine en santé: *Le Journal de Montréal*; 2022 [Available from: <https://www.journaldemontreal.com/2022/09/02/lheure-juste-les-quebecois-depensent-bel-et-bien-1-milliard--par-semaine-en-sante>].

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*.

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.