



MEETT Centre de Conventions
& Congrès de

Toulouse

3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

A-GLP1 en pratique courante

Synthèse

Léa Charton

MG à Strasbourg

MCU-MG Strasbourg



Déclaration Publique d'Intérêts 2025

Léa CHARTON
Spécialiste en Médecine Générale



Liens d'intérêts liés à une entreprise

Pas de liens d'intérêts liés à une entreprise selon les données de transparence.gouv.fr

Intervention

Intitulé : Les nouveaux traitements de l'obésité

- L'obésité est mon objet de recherche pour ma thèse de science en sciences politiques

Principaux financeurs

Pas de principaux financeurs à l'intervention

Autres liens d'intérêts

Activités Professionnelles

- Maître de conférence des universités de MG - *DMG-FT Strasbourg*
- médecine générale

* Compte du professionnel de santé en attente d'authentification définitive par le CMG.



La justification de prescription pour ou contre ?



**l'Assurance
Maladie**

Dans quels cas mon médicament sera-t-il remboursé ?

Votre professionnel de santé vous a prescrit l'un de ces médicaments antidiabétiques : Ozempic®, Trulicity®, Victoza® ou Byetta®

LE PRESCRIPTEUR

- S'assure que votre situation entre bien dans les critères pour bénéficier du remboursement du médicament.
- Imprime le justificatif d'accompagnement à la prescription qu'il vous remet une fois.
- Imprime et vous remet la prescription du médicament.



PENSEZ-Y !

- Assurez-vous que votre prescripteur vous remet un justificatif papier.
- Présentez ce justificatif à votre pharmacien à chaque fois, en plus de l'ordonnance.
- Pensez à conserver ce justificatif et/ou enregistrez le dans « Mon espace santé ».

LE PHARMACIEN

- Vérifie que vous disposez de la prescription et du justificatif autorisant la prise en charge du traitement. Il vous délivre le médicament qui sera pris en charge par l'Assurance maladie.
- Si vous ne disposez pas du justificatif, le pharmacien vous informe que vous ne serez pas pris en charge.



À votre demande, le pharmacien peut vous délivrer le traitement prescrit mais vous ne bénéficierez d'aucun remboursement.



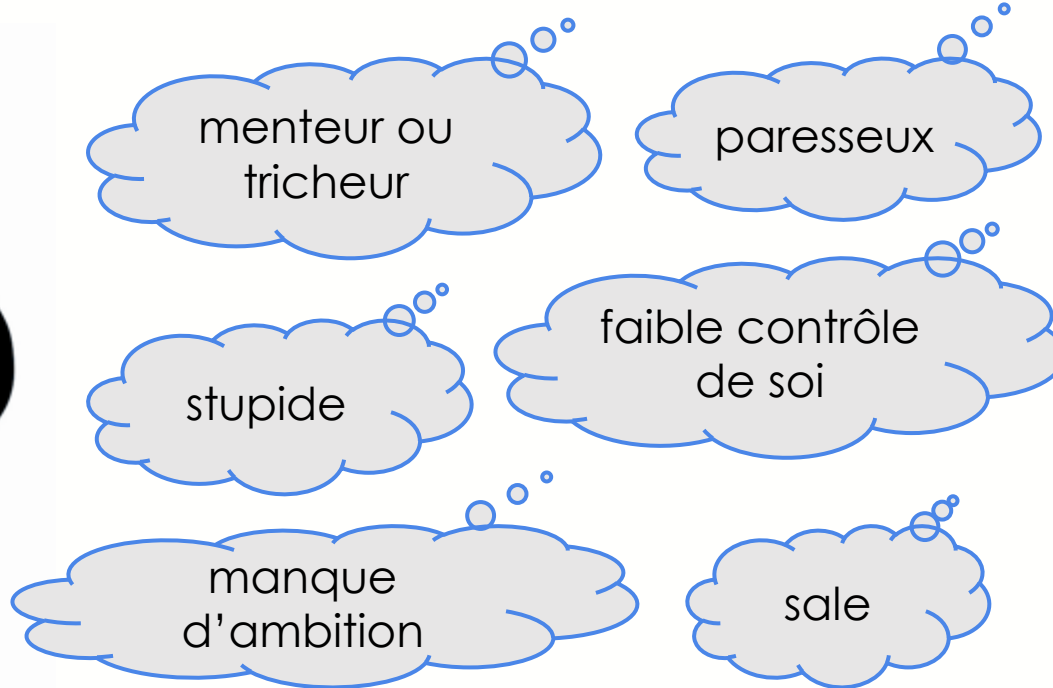
À NOTER

- Le pharmacien applique la réglementation, il ne peut facturer le médicament à l'Assurance maladie sans le justificatif conforme.
- N'hésitez pas à contacter votre prescripteur pour toute question.

Personnes obèses : comment sont-elles perçues ?

4

Des **stigmates** ancrés dans la société... à l'origine de **discriminations**...



Education



Profession



Socioéconomique



affaiblissant la position sociale du sujet



Mésestime de soi



**Insatisfaction de
sa qualité de vie**

Quelques chiffres – Etude Oféo

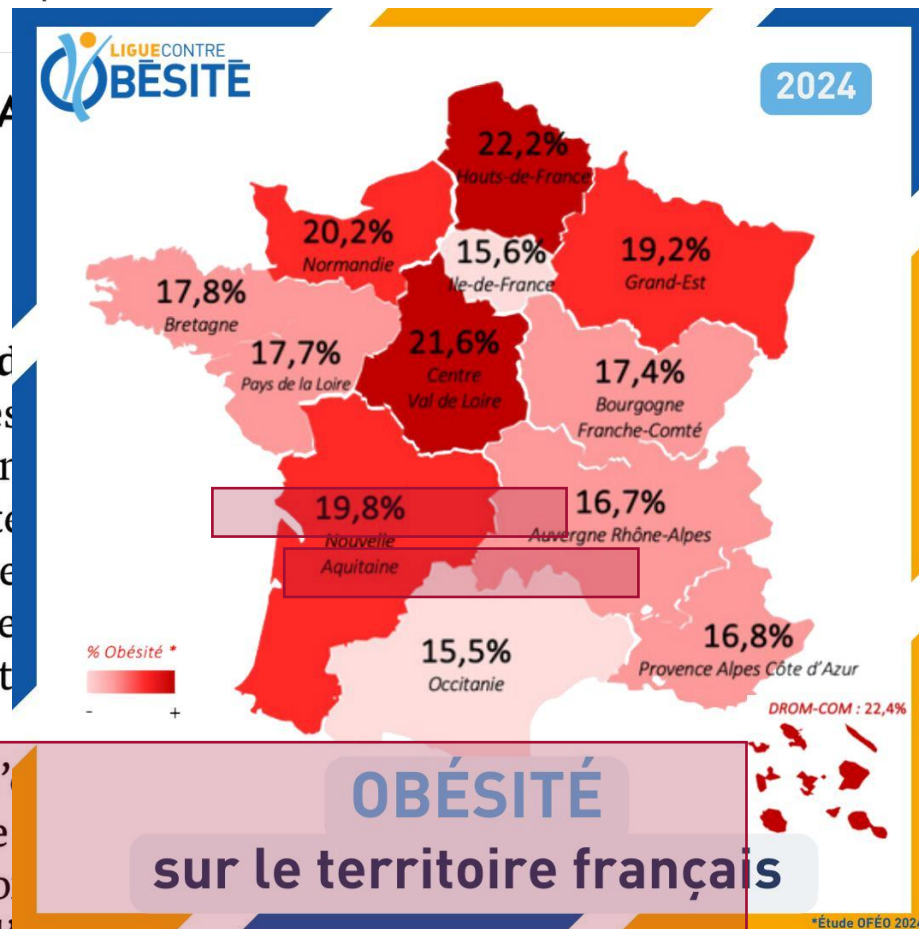


mediapart

MEDIA

18,1 % d
soit près
8,5 % en
L'obésité
ouvrière
Parmi le
difficulté

Faute d'
issus de
par Odo
contre l'obésité et financée pour la première
fois par Novo Nordisk.





Définition obésité - Problématiques



ameli.fr

 Rechercher

 Se connecter

L'**obésité** est considérée comme une maladie chronique de la nutrition. Elle n'a pas tendance à guérir spontanément et affecte le bien-être physique, psychologique et social des individus.

Elle est présente dans l'ensemble des pays industrialisés et constitue un problème de société, car elle entraîne des conséquences défavorables sur la santé de la population.

Objectifs de traitement = indicateurs

Discrimination et corps médical

7

Vous allez
mourir !

Préparez vous à ne
jamais avoir d'enfant !

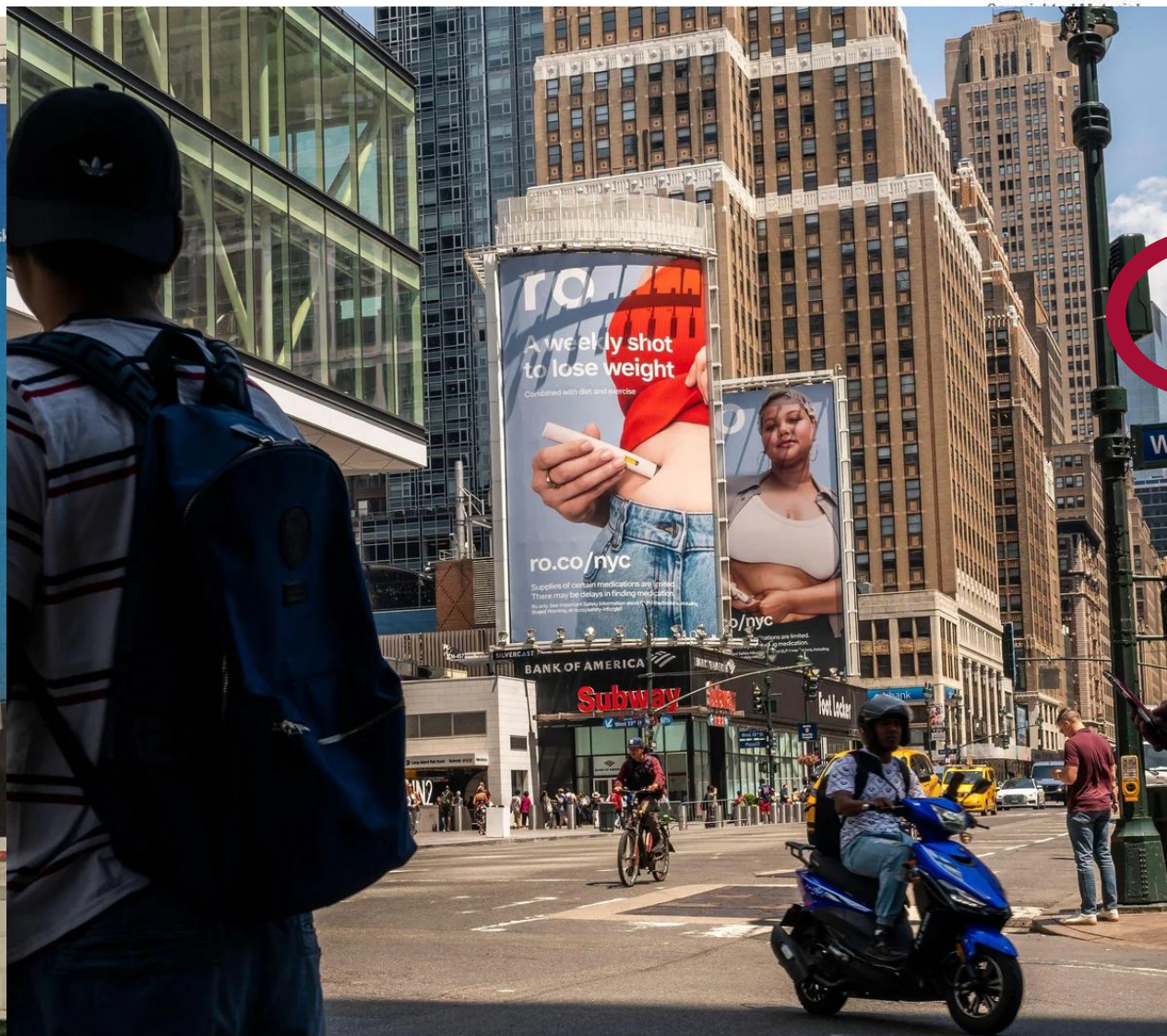
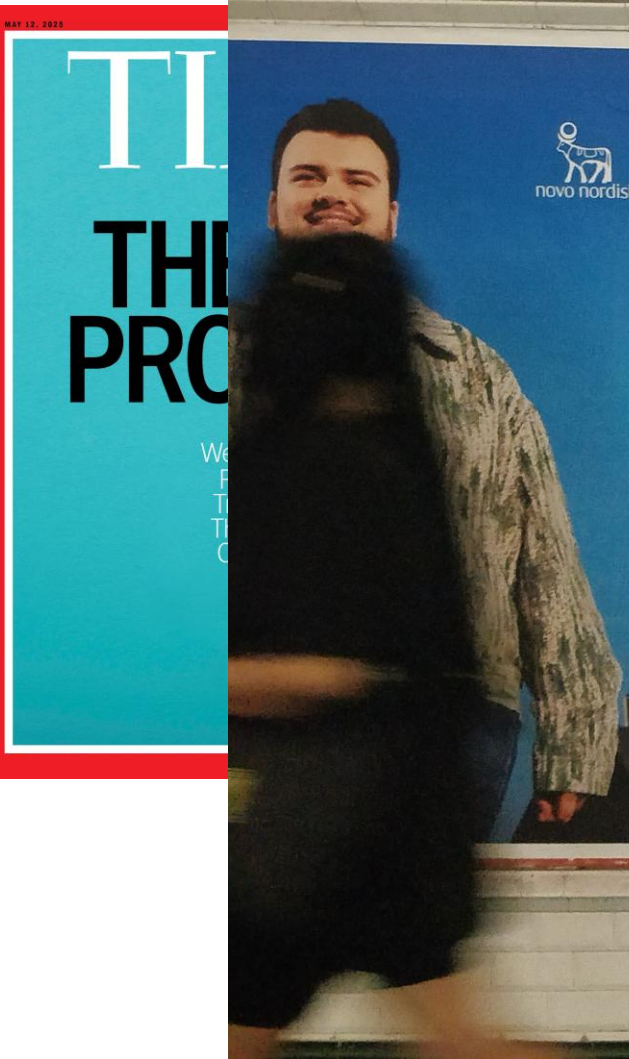
- Pour les médecins : le poids est imputable au patient
 - stigmatisation
 - attitude négative
- Conséquences sur la prise en charge
 - perte de poids nécessaire pour accéder aux soins
 - dégradation de l'état de santé





Les nouveaux médicaments anti-obésité

Un matraquage médiatique



nt pour
utilisé
bésité
ché de
tion et
ntaire.
ngère
e fond.



Les nouveaux médicaments anti-obésité

Partout sur internet et les réseaux sociaux

[Programme](#) [Fonctionnement](#) [Témoignages](#) [Comité](#) [Parcours](#) [Suis-je éligible ?](#) [Mon espace](#)

Le programme *Body Reset*:
Une nouvelle façon de *perdre du poids*
pour **49€/mois** et sans engagement !

Discutez avec un médecin des nouveaux traitements GLP-1. Commencez dès maintenant votre perte de poids et obtenez des résultats durables avec Body Reset



1. Initiation et suivi de votre prise en charge avec un médecin spécialiste de l'obésité

- **Téléconsultation initiale** avec un médecin formé à la prise en charge de l'obésité et initiation du traitement (si éligible)
- **Ordonnances** pour vos traitements GLP-1 (si éligible)
- Téléconsultations de suivi et de renouvellement du traitement



3. L'application Body Reset pour gérer votre perte de poids


- Programme vidéo de rééquilibrage alimentaire, de psycho-alimentation, et de sport
- Suivi des progrès et de la perte de poids
- Chat dédiée avec votre diététicienne



2. Votre diététicienne dédiée vous accompagne



Les traitements et PEC anti-obésité Dans le courrier et les mails des MG

 **Centre RNPC**
La diététique basée sur les preuves

Centre RNPC Strasbourg SUD
333B Avenue de Colmar
Docteur Frédéric MALOISEL
Directeur du Centre
06 62 92 04 15

Cher Confrère,

J'ai l'immense plaisir de vous informer de l'ouverture prochaine du **Centre RNPC de STRASBOURG SUD**

Mon centre fait partie d'un réseau de plus de 120 centres RNPC® qui accueillent les patients des médecins à travers la France et plus de 120 000 d'entre eux ont déjà suivi le Programme RNPC®.

Les patients sont reçus par nos diététiciennes seulement s'ils disposent d'un **bilan sanguin complet récent**. Ces informations sont primordiales pour garantir une prise en charge en toute sécurité, mais peuvent également s'avérer très utiles pour objectiver les bénéfices de la perte de poids sur le risque cardio-métabolique du patient et ainsi le motiver à pérenniser ces efforts. Les centres RNPC sont en lien avec les médecins. Ils les informent régulièrement de l'avancée des patients dans le programme.

N'ayant pas encore eu le plaisir de vous rencontrer, je me permets de vous adresser ce courrier afin de vous fournir quelques informations nous concernant.

Le programme RNPC® (Programme de Rééducation Nutritionnelle et Psycho-Comportementale) a été créé en 2006, principalement pour répondre à une demande des médecins : **disposer pour leurs patients en surcharge pondérale présentant des comorbidités comme l'hypertension artérielle, le diabète, le syndrome d'apnées du sommeil, la stéatose hépatique, l'arthrose etc. d'une véritable prise en charge à la fois nutritionnelle et psycho-comportementale à court, moyen et long terme, ce qui à l'époque n'existait pas et n'existe aujourd'hui toujours pas hormis dans les centres RNPC®.**

Aussi, au vu des très bons résultats obtenus en termes de perte de poids, de stabilisation pondérale, et d'amélioration de l'état de santé général de nos patients, de plus en plus de médecins nous font confiance en nous adressant leurs patients, soit à ce jour plus de 15 000 de vos confrères.

Le réseau RNPC® peut aujourd'hui se prévaloir de la plus grande expérience et expertise dans la perte de poids. En effet, nous avons mis au point et développé une méthode unique et originale de prise en charge de la surcharge pondérale, le Programme RNPC®, entièrement conçue sur la base des résultats d'études scientifiques publiés dans des revues internationales de haut niveau.

Ce Programme répond en tous points aux prescriptions de l'OMS et de toutes les sociétés savantes, à savoir, obtenir une perte de poids suivie d'une stabilisation pondérale à long terme.

La société Groupe éthique et Santé, créée en 2009, a pour objet social la création, le développement et l'aménagement d'un réseau de franchises et succursales ayant pour vocation la vente de produits se rapportant à la diététique.

Elle explique qu'elle a développé un réseau, sous l'enseigne RNPC, de 115 centres franchisés d'accompagnement à la perte de poids et à la prévention de la reprise de poids, selon un programme de rééducation nutritionnelle et psycho-comportementale, non médicamenteux et non chirurgical, dont la sécurité et l'efficacité ont été reconnues dans sept études cliniques publiées dans des revues scientifiques internationales et par d'éminents professeurs de médecine qui participent à la rédaction des recommandations internationales sur l'obésité.

Alertés par des praticiens sur les pratiques des centres RNPC, des conseils départementaux de l'ordre des médecins ont saisi le Conseil national de l'ordre des médecins qui, le 20 juillet 2023, a adressé aux présidents et présidentes de des conseils régionaux et conseils départementaux une circulaire portant le n°2023-046 ainsi rédigé :

Notre attention a été attirée sur les pratiques des centres RNPC (Rééducation nutritionnelle et psycho-comportementale).

Il s'agit de centres franchisés qui proposent une prise en charge de la surcharge pondérale avec un suivi par des diététiciens « en accord avec le médecin traitant » et des analyses biologiques systématiques.

Page 3 / 8

23 janvier 2024

Le CNOM s'est rapproché du CNP d'endocrinologie, diabétologie et nutrition et du Collège de médecine générale afin que ces derniers nous apportent leur expertise.

Ils s'accordent à dire que le programme RNPC ne répond pas aux données actuelles de la science ni aux recommandations de bonnes pratiques.

En conséquence, le médecin traitant ne doit pas, sur le plan déontologique, cautionner ces pratiques commerciales en donnant un accord à l'entrée dans le programme RNPC. Il lui appartient d'apporter au patient qui le consulte les conseils et la prise en charge adaptés aux recommandations médicales en vigueur.



Les traitements et PEC anti-obésité Dans le courrier et les mails des MG

CONFÉRENCES ET SÉMINAIRES



PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ : UN NOUVEL ACCÈS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

CHRU DE STRASBOURG en partenariat avec Novo Nordisk

Lundi 29 septembre 2025 de 19h30 à 20h30

Webinaire

Depuis le 23 juin 2025, les analogues du GLP-1 indiqués dans la prise en charge de l'obésité peuvent désormais être prescrits par tout médecin, conformément aux modalités prévues par leur AMM. Cette évolution réglementaire marque une étape importante pour améliorer l'accessibilité des traitements et renforcer l'accompagnement des patients concernés. Afin de soutenir les médecins dans cette nouvelle possibilité de prescription, le Pr Laurent Meyer, chef du service Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, propose un webinaire participatif intitulé "Stammtisch participatif sur l'obésité".

[Plus d'informations](#)

[Inscription](#) : Inscription au webinaire "Stammtisch Obésité 2025"



avec le soutien institutionnel de



OBÉSITÉ EN MOUVEMENT

Le surpoids est un enjeu de santé majeur.

La formation « Obésité en mouvement », conçue par et pour des médecins, vous offre des **outils concrets**, des **cas cliniques** et les dernières **avancées scientifiques** pour accompagner vos patients avec confiance et humanité.

Rejoignez ce programme et devenez un véritable partenaire du changement.



2e volet de l'enquête nationale

Votre pratique des agonistes du GLP-1

Vous suivez des patients diabétiques ou en situation de surpoids ?

Suite au premier volet de notre enquête sur la prise en charge de l'obésité, ce second volet s'intéresse à votre pratique autour des traitements GLP-1.

Vos retours permettront de **mieux comprendre le rôle des médecins** dans l'initiation et le suivi de ces traitements, et d'adapter les outils ou formations à venir.

Répondre à l'enquête

2 minutes



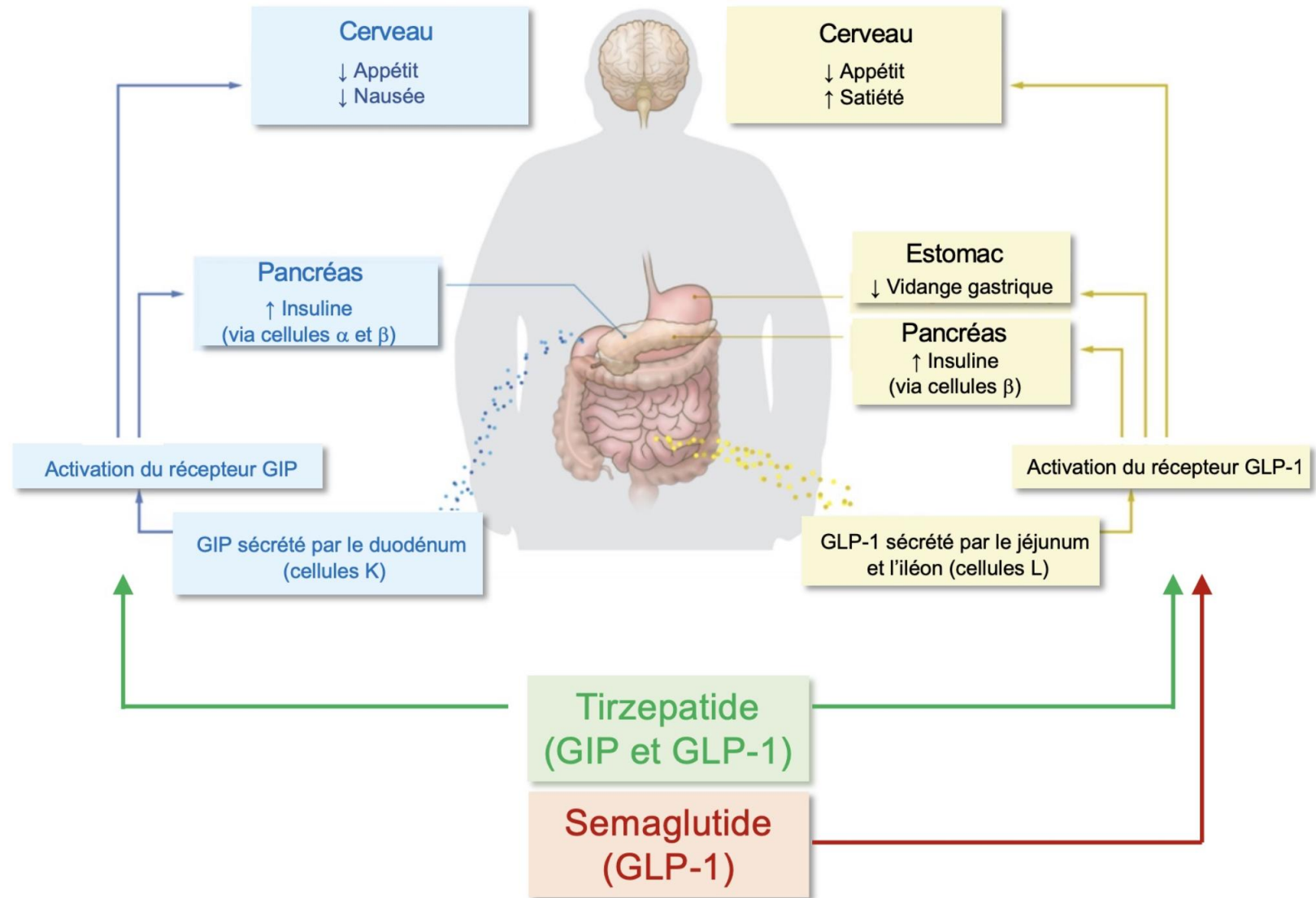


Figure 3. Mécanismes d'action du GIP, du GLP-1 et de leurs agonistes. Adapté de Bass et coll. (2023).



	Liraglutide	Semaglutide	Tirzépatide
	Analogue GLP1	Analogue GLP1	Double agoniste GLP1 + GIP
Utilisation	Sous-cutanée quotidienne	Sous-cutanée hebdomadaire	Sous-cutanée hebdomadaire
Prescription	0,6-3 mg	0,5-2,4 mg	2,5-15 mg
Perte de poids	8,4 % après 56 semaines de traitement	15 % après 68 semaines de traitement	25 % après 88 semaines de traitement
Critères d'éligibilités	≥ 12 ans avec obésité et poids > 60kg	≥ 12 ans avec obésité et poids > 60kg	18 ans
	CI : hypersensibilité, grossesse et allaitement Prudence si: maladie gastro-intestinale sévère, pancréatite NR: IR sévère ou terminale, IH sévère		

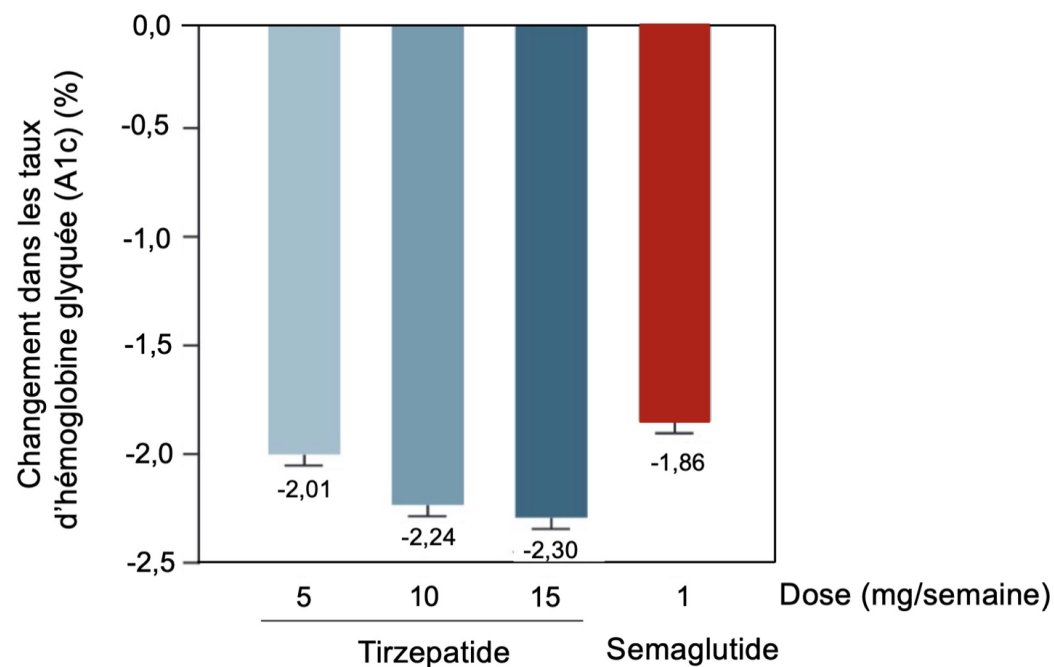




Effets indésirables des nouveaux médicaments anti-obésité

Est-ce que ça fonctionne ?

Pour la réduction de l'HbA1C ➡ OUI



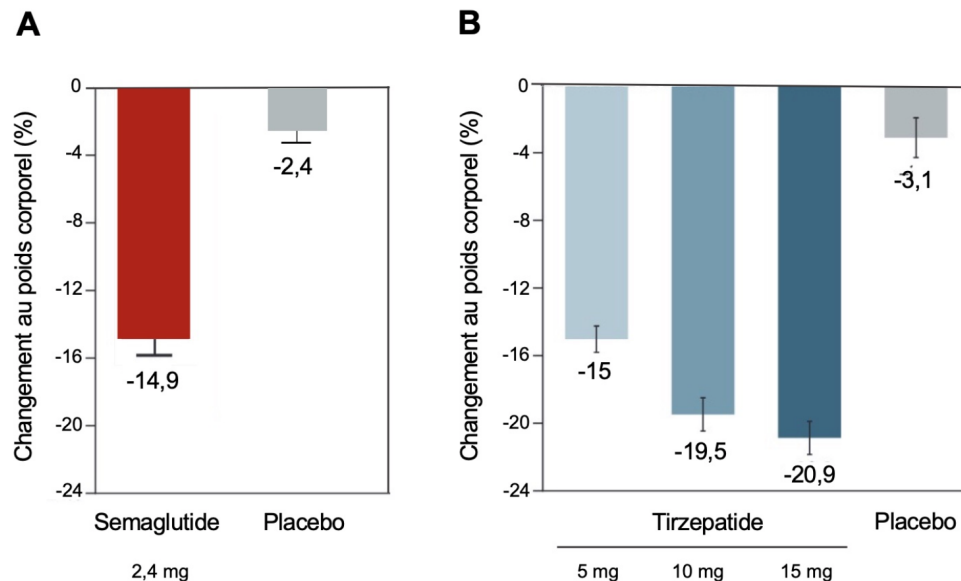
Comparaison de la diminution des taux d'hémoglobine glyquée de patients diabétiques provoquée par un traitement de 40 semaines avec le tirzepatide (5, 10 ou 15 mg/sem) ou le semaglutide (1 mg/sem). Tiré de [Frias et coll. \(2021\)](#).

Est-ce que ça fonctionne ?

Pour la perte de poids



OUI



Pertes de poids moyennes induites par le semaglutide et le tirzepatide chez les personnes obèses, mais non diabétiques. A. 1961 adultes obèses (IMC>30) ont été traités pendant 68 semaines avec un placebo ou 2,4 mg/semaine de semaglutide, en combinaison avec un programme supervisé d'amélioration du mode de vie (régime hypocalorique et activité physique régulière). Adapté de [Wilding et coll. \(2021\)](#). B. 2539 adultes obèses (IMC>30) ont été traités pendant 72 semaines avec un placebo ou des doses de 5, 10 ou 15 mg/semaine de tirzepatide, en combinaison avec un programme supervisé d'amélioration du mode de vie (régime hypocalorique et activité physique régulière). Adapté de [Jastreboff et coll. \(2022\)](#).



Est-ce que ça fonctionne ?

Pour la perte de poids



OUI



Mais ...

Les pertes de poids seraient plus prononcées chez les personnes obèses, **mais qui ne sont pas diabétiques**

Etude STEP 1 Funded by Novo Nordisk
Etude SURMOUNT-1 Supported by Eli Lilly

Est-ce que ça fonctionne ?

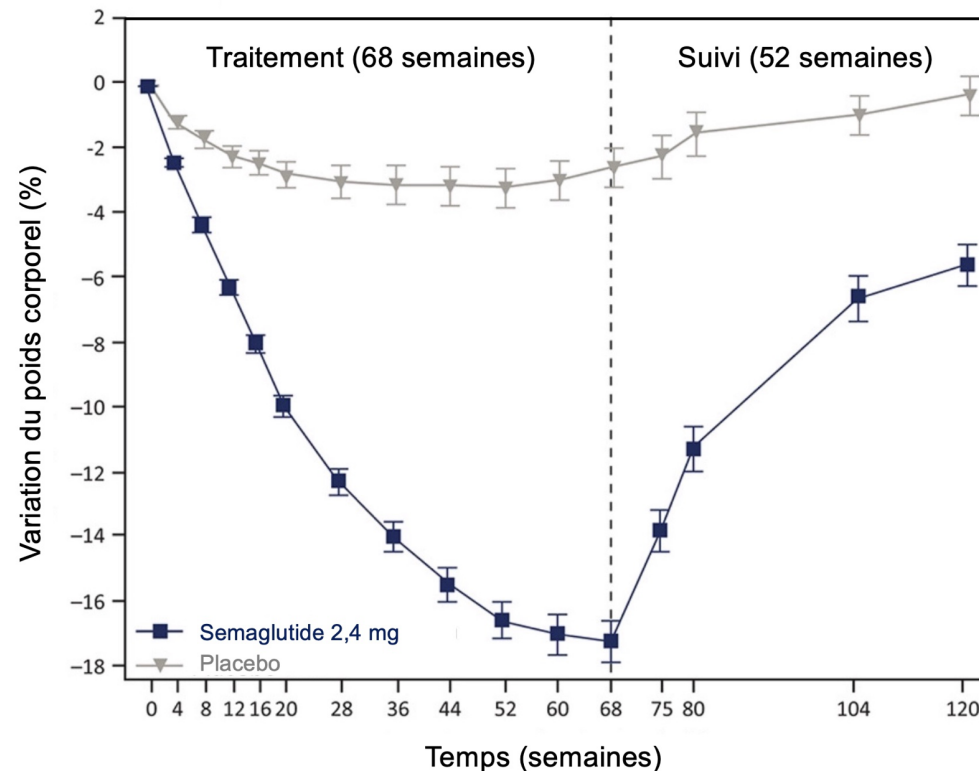
Pour la perte de poids



OUI



Mais ...



Réversibilité de la perte de poids associée au traitement avec le semaglutide. Notez que les 2/3 du poids perdu par les participants ont été repris dans l'année suivant l'arrêt du traitement avec le semaglutide. Adapté de [Wilding et coll. \(2022\)](#).



Est-ce que ça fonctionne ?

Pour la perte de poids



OUI

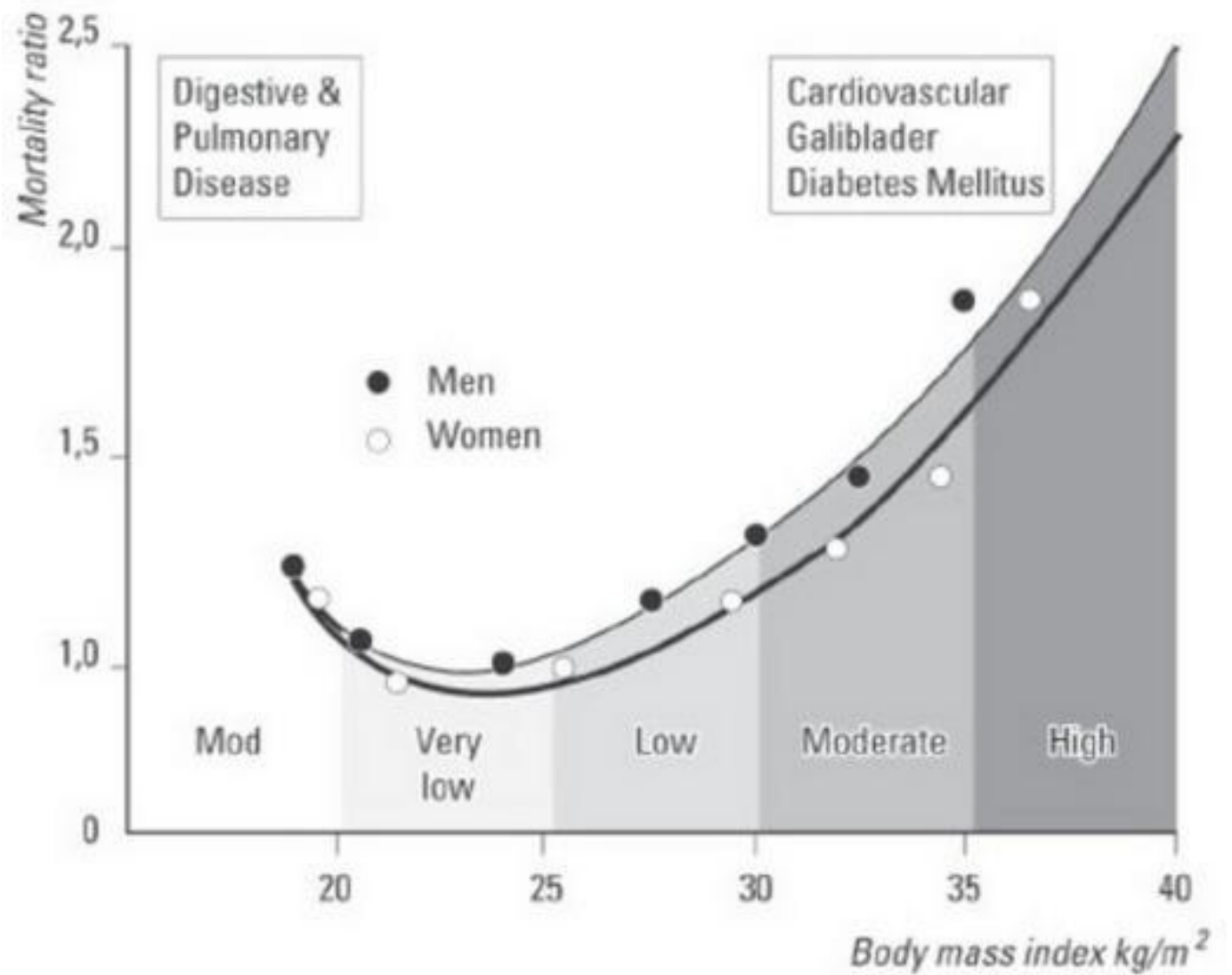


Mais ...

Selon quel(s) indicateur(s) ???

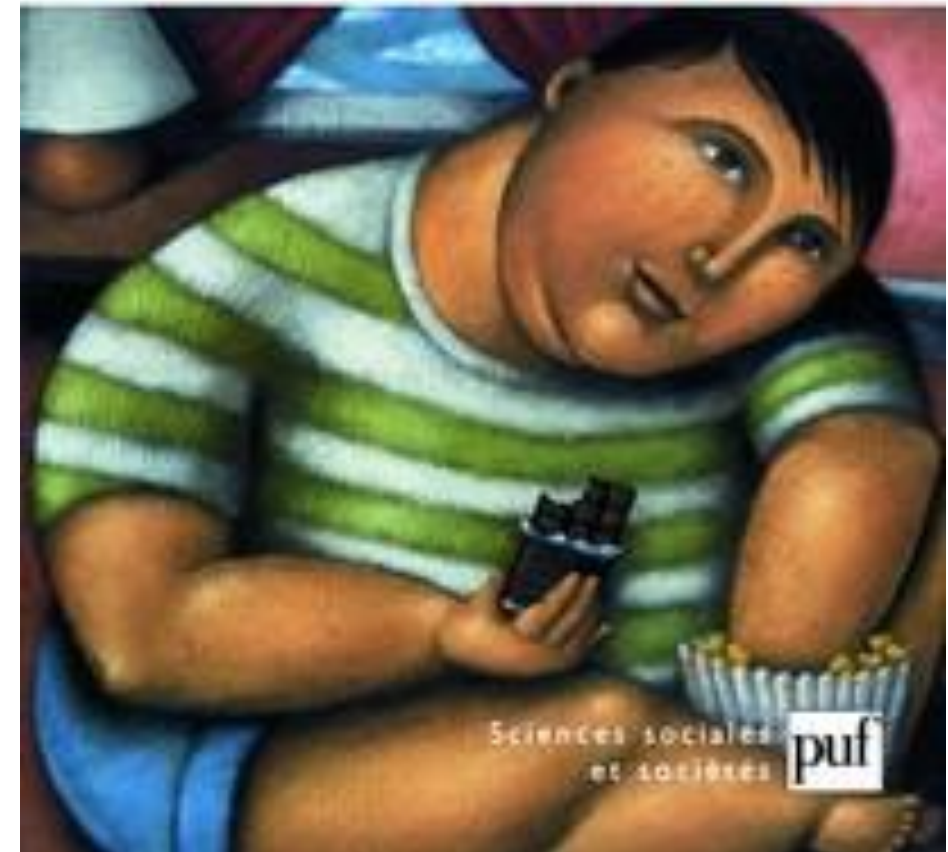
- ➔ IMC cible ?
- ➔ % de perte de poids ?
- ➔ Echelle de bien être ?
- ➔ Autre ?

L'IMC



« Jusqu'en 1998, aux États-Unis, la classe du poids normal s'étend de 20 à 27,6 pour les hommes et de 20 à 27,3 pour les femmes. Sous l'influence d'un groupe de travail de L'International Obesity Task Force (IOTF), l'OMS proposera de faire passer la frontière entre surpoids et poids normal de 27 à 25 sans distinction de sexe, d'âge, ni de type anthropologique. En une nuit, pas moins de 35 millions d'Américains vont devenir en surpoids. À l'inverse, la limite entre poids normal et maigreur passant de 20 à 18, cela a « normalisé » des corpulences jusque-là considérées comme trop faibles. »

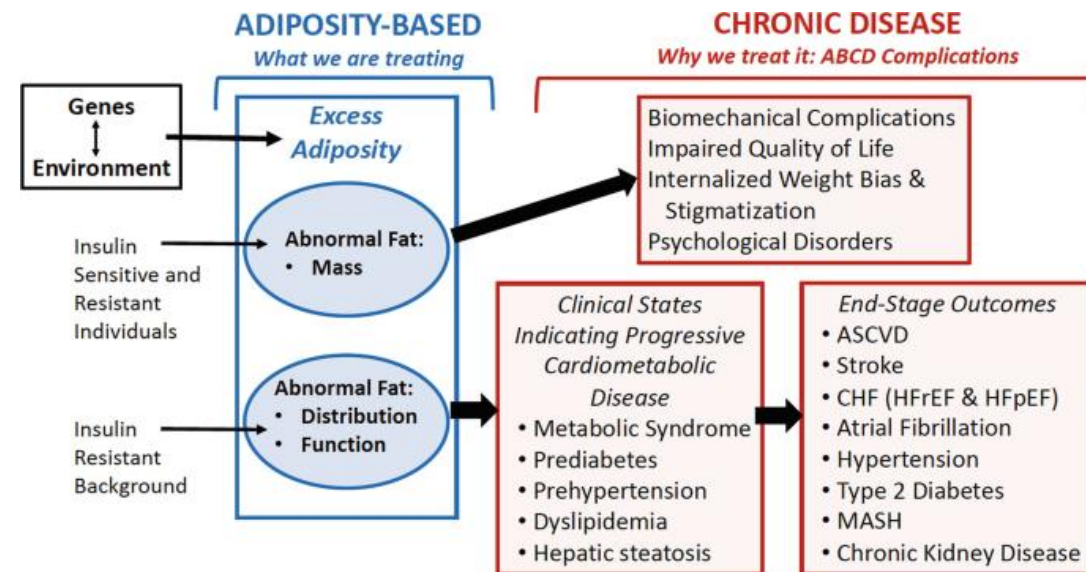
Jean-Pierre Poulain
**SOCIOLOGIE
DE
L'OBÉSITÉ**



Il existe d'autres classifications

Classification ABCD (USA)

Edmonton Staging (Canada)



Obesity					
	Stage 0	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4
Medical	absent	pre-clinical risk factors	comorbidity	end-organ damage	end-stage
Mental	absent	mild	moderate	severe	end-stage
Functional	absent	mild	moderate	severe	end-stage

Il existe d'autres classifications

HAS (France)

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	– Pas d'anomalie cardiométabolique – Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs)	– Pas d'impact algnificatif sur la QDV – Pas de limitation fonctionnelle	– Aucun trouble ou – Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire	– Commune	– Pas d'impulsivité alimentaire	– Initiation de prise en charge – Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	– Anomalie cardiométabolique débutante (HTA limite, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou – Présence d'altérations cardiométaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/comorbidités gérées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids)	– Impact modéré sur QDV et sur ou – Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles)	– Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou – Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie)	– Commune	– Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie	– Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou – Un épisode de rebond pondéral
2	35 ≤ IMC < 50	– Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou – Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou – Infertilité ou – SOPK	– Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé	– Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec un net impact pondéral et/ou comportemental (troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées, etc.)	– Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou – Prise de poids sur douleurs chroniques (ex. : fibromyalgie) – Médicaments obésogènes*	– Accès de boulimie épisodiques	– Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ou – Au moins 2 épisodes de rebond pondéral ou – Échec de prise en charge de niveau 1 ou – Grossesse après chirurgie bariatrique
3a	35 ≤ IMC < 50 Si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne	– Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. : BPCO, maladies neuromusculaires, maladies inflammatoires chroniques, maladies auto-immunes, etc.)	– Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m	– Pathologie psychiatrique sévère (ex. : dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïa, schizophrénie, etc.)	– Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ou – Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)	– Hyperphagie boulimique	– Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ou – Échec de prise en charge de niveau 2
3b	≥ 50	– Retentissement terminal des pathologies chroniques (Insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)	– Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche < 100 m votre grabatisation/ perte d'autonomie due à l'obésité ou – Qualité de vie fortement dégradée	– Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	– Monogénique ou – Syndromique		– Échec de chirurgie bariatrique ou – Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans et < 18 ans

Phénotypage de l'obésité

Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psycho- pathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a	$30 \leq \text{IMC} < 35$	<ul style="list-style-type: none"> – Pas d'anomalie cardiométabolique – Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs) 	<ul style="list-style-type: none"> – Pas d'impact algnificatif sur la QDV – Pas de limitation fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> – Aucun trouble ou – Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire 	– Commune	– Pas d'impulsivité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> – Initiation de prise en charge – Obésité apparue à l'âge adulte
1b	$30 \leq \text{IMC} < 35$	<ul style="list-style-type: none"> – Anomalie cardiométabolique débutante (HTA limite, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou – Présence d'altérations cardiométaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) ou autres complications/ comorbidités gérées de façon satisfaisante 	<ul style="list-style-type: none"> – Impact modéré sur QDV et sur ou – Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles) 	<ul style="list-style-type: none"> – Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou – Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie) 	– Commune	– Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie	<ul style="list-style-type: none"> – Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou – Un épisode de rebond pondéral



L'OBÉSITÉ : NOUVELLES DÉFINITIONS, NOUVEAUX TRAITEMENTS



Pr Blandine Gatta Cherifi

Responsable de l'unité surcharge pondérale et
centre spécialisé de l'obésité du CHU de Bordeaux

CONFÉRENCE EN PRÉSENTIEL OU EN LIGNE



Est-ce que ça fonctionne ?

Pour la perte de poids



OUI



Mais ...

A quel prix ?



Un enjeu politico-économique

Français - English - Español

Mardi 2 décembre
Édition du matin



MEDIAPART



Nous contacter



Se connecter

Menu



À la Une

Vidéos

Rubriques ▾

Guerre en Ukraine • Proche-Orient • Budget 2026

Le Cl
Parti

Santé

Obésité : le laboratoire Novo Nordisk soigne son implantation dans les quartiers défavorisés

Le groupe danois met tout en œuvre pour se faire connaître dans les quartiers les plus pauvres, importants marchés potentiels de son médicament Wegovy. À Strasbourg, il a ainsi signé un partenariat avec la ville pour des actions de prévention. Lille a refusé une proposition similaire.

Rozenn Le Saint

2 mars 2025 à 13h25

Un enjeu politico-économique

IMPACT FINANCIER DU LOBBYING DE NOVO NORDISK



Est-ce que ça fonctionne ?



Que dit Prescrire ?

Premiers Choix Prescrire

Obésité

POINTS-CLÉS

- L'obésité, définie par un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², augmente le risque d'accidents cardiovasculaires et cause divers troubles de santé.
- Chez la plupart des personnes en situation d'obésité, une réduction pondérale d'environ 5 % est un objectif réaliste, qui réduit le risque de complications liées à l'obésité, et peut-être la mortalité.
- La perte de poids et son maintien durable reposent sur une alimentation équilibrée, associée à une augmentation de l'activité physique, visant notamment à réduire les risques cardiovasculaires.
- La chirurgie digestive de l'obésité (chirurgie bariatrique) expose à des complications périopératoires parfois mortelles. C'est une option à réserver aux situations où les bénéfices escomptés contrebalancent ces risques, notamment chez certains patients atteints d'obésité massive ou d'obésité sévère avec complications graves.

- l'obésité modérée : IMC compris entre 30 et 35 kg/m² ;
 - l'obésité sévère : IMC compris entre 35 et 40 kg/m² ;
 - l'obésité massive, dite morbide : IMC supérieur à 40 kg/m² (3).
- Chez les enfants, la définition de l'obésité n'est pas consensuelle. En France, les courbes de corpulence insérées dans les carnets de santé sont à considérer comme des données statistiques et non comme des normes (4,5).

FACTEURS DE SURVENUE

Rôle majeur des comportements

- Des facteurs psychiques, sociaux et comportementaux (notamment alimentation hypercalorique, manque d'activité physique) jouent un rôle majeur dans l'apparition et la persistance d'un surpoids ou d'une obésité (1,6).
- Les apports caloriques excessifs sont surtout liés à la forte densité calorifique de certains aliments plus qu'à leur teneur en éléments particuliers tels que les lipides. Les aliments à forte densité calorique sont par exemple : la charcuterie, les viandes en sauce, les barres chocolatées, les viennoiseries (7).
- Certaines habitudes alimentaires sont aussi impliquées dans la prise de poids, notamment :
- aliments prêts à consommer, souvent peu coûteux et à forte densité calorique ;
 - restauration rapide (allies fast-food) ;
 - taille des portions souvent supérieure aux besoins ;
 - grignotage ;
 - boissons sucrées (1,7).
- La consommation régulière et prolongée d'édulcorants "intenses" (tels qu'aspartame, extraits de stévia, saccharine) expose peut-être à un risque accru d'obésité (8).
- Le risque d'obésité est accru quand il existe une prédisposition génétique ou neuroendocrinienne à la prise de poids (1).
- Des troubles hormonaux, notamment les hypothyroïdies, exposent à des prises de poids (9).
- Le lien entre surpoids ou obésité et exposition à des perturbateurs endocriniens, tel le bisphénol A, a été estimé probable (10).



Des médicaments causent ou aggravent des prises de poids

- Des médicaments exposent à des prises de poids. Ils agissent à différents niveaux de la régulation du poids, notamment :
- augmentation de l'appétit ;
 - augmentation de l'appétence pour le sucre ;
 - augmentation de la soif avec consommation de boissons sucrées ;

- diminution du métabolisme basal ;
 - perturbation du métabolisme des glucides ou des lipides ;
 - modification de la distribution des graisses ;
 - diminution de l'activité physique en rapport avec des effets sédatifs (9).
- Les médicaments qui exposent à des prises de poids sont surtout :
- des hypoglycémifiants ;
 - les neuroleptiques (en particulier certains neuroleptiques dits atypiques) ;
 - les antidépresseurs ;
 - les benzodiazépines ;
 - le lithium ;
 - des antidiabétiques ;
 - certains antihypertenseurs H1 ;
 - les corticoïdes (9).
- + "E13a. Prises de poids par augmentation de la masse grasse médicamenteuses" Interactions Médicamenteuses Prescrire

Selon des données de faible niveau de preuves mais convergentes, l'obésité semble plus fréquente chez les enfants ayant été exposés durant les deux premières années de vie à plusieurs cures d'antibiotiques par voie générale (11).

ÉVOLUTION NATURELLE

Davantage de problèmes de santé chez les personnes obèses

- De nombreuses études mettent en évidence un lien statistique entre l'obésité et une plus grande fréquence des diabètes de type 2, des hypertension artérielles et des hypercholestérolémies. L'obésité est associée à une augmentation des accidents cardiovasculaires (1).
- L'obésité massive associée à une augmentation de l'incidence de certains cancers, notamment cancers du sein, de l'endomètre, de l'ovaire, de la prostate et cancers colorectaux (1).
- Divers autres troubles semblent survenir davantage chez les personnes obèses que dans la population générale, notamment :
- reflux gastro-œsophagien ;
 - lithiases biliaires ;
 - arthrose des genoux ;
 - douleurs articulaires ;
 - cataractes ;
 - retards de cicatrisation des plaies ;
 - intertrigo des grands plis ;
 - apnées du sommeil (1,12a,14).
- Il est probable que l'obésité diminue l'espérance de vie (1).
- L'obésité massive est un facteur de risque de complications de la grippe. Le risque de formes graves de covid-19 est accru en cas d'obésité (15,16).

Premiers Choix Prescrire

- Les complications de l'obésité augmentent avec son ancienneté et l'importance de l'excès de poids (1).
- L'obésité a parfois des conséquences sociales et psychiques, notamment liées à une stigmatisation ou une discrimination (1).
- L'obésité est associée à une augmentation des complications lors de la grossesse et de l'accouchement (1).
- Chez les femmes qui ont un indice de masse corporelle (IMC) supérieur ou égal à 30 kg/m² ou qui pèsent 75 kg ou plus, l'efficacité du *lévonorgestrel* en contraception d'urgence est peut-être diminuée. Chez ces femmes, la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre est l'option à préférer (17).

TRAITEMENTS

Axes de traitement

- Chez la plupart des personnes en situation d'obésité, une réduction pondérale de 5 % du poids initial réduit le risque de complications : diminution de la pression artérielle, de la LDL-cholestérolémie, de l'incidence du diabète de type 2, des troubles respiratoires et amélioration fonctionnelle en cas d'arthrose du genou. Le bénéfice sur la mortalité est incertain (18,19).
- Pour aider les patients en situation d'obésité à perdre du poids, associer alimentation équilibrée et augmentation de l'activité physique est plus efficace que chaque mesure isolée (20).
- Le maintien à long terme d'une réduction pondérale est difficile. Les fluctuations pondérales à répétition semblent associées à des complications et à une mortalité accrue. Chez les adultes, associer un soutien personnalisé augmente les chances de succès (18,20).
- La chirurgie digestive de l'obésité (chirurgie bariatrique) est une option chez certaines personnes atteintes d'obésité sévère ou massive avec complications graves (21).
- Aucun médicament ne permet de perdre du poids de façon durable et sans risque (22).
- + "Perdre du poids si nécessaire" Fiche Infos-Patients



Non médicamenteux

Choisir une alimentation appropriée

- Les principales mesures diététiques pour aider les patients en situation d'obésité à perdre du poids sont de :
- supprimer ou diminuer la consommation des aliments à forte densité calorique ;
 - adopter une alimentation exposant à un moindre risque cardiovasculaire, telle qu'un régime de type "méditerranéen" (20).
- Les modalités du régime dit méditerranéen diffèrent selon les essais cliniques dans lesquels il a été évalué. Ses principales caractéristiques sont :
- une consommation importante de fruits, légumes, légumineuses, noix (au sens large), céréales complètes ;

Premiers Choix Prescrire

voire syncope, liées à l'arrivée rapide du bol alimentaire dans l'intestin), etc.. La fréquence des lithiases biliaires est augmentée durant plusieurs années. Plus rarement surviennent aussi : lithiases urinaires, hernies abdominales internes (saillie de l'intestin à travers un orifice intra-abdominal), occlusions intestinales (31,33).

La chirurgie bariatrique expose à des déficits en vitamines et oligoéléments, à l'origine notamment d'anémies et de complications neurologiques parfois graves, et d'une dénutrition protéique (30,34).

La chirurgie bariatrique est associée à une augmentation du risque d'autotomie et de tentative de suicide (33).



Une chirurgie bariatrique justifie une surveillance tout au long de la vie, avec notamment un suivi de la numération formule sanguine (NFS) et des dosages sanguins de la ferritine, des vitamines B9, B12 et D, et du calcium. Une supplémentation nutritionnelle tout au long de la vie est justifiée aussi, au moins en cas de court-circuit gastrique (30,34).

Modification de l'effet de certains médicaments

La perte de poids après une chirurgie bariatrique a des conséquences sur la concentration plasmatique des médicaments. Cela justifie parfois une diminution de la dose de médicament quand elle dépend du poids (30).

La chirurgie bariatrique expose à une diminution de l'absorption digestive de certains médicaments pris par voie orale, avec parfois des conséquences graves, par exemple avec les anticoagulants oraux à action directe (tels que les xabans), le *lithium*, la *lévothyroxine*, les contraceptifs oraux, les antitumoraux, les antidiabétiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

Après chirurgie bariatrique, il paraît prudent d'éviter les formes pharmaceutiques à libération modifiée ou prolongée (30).



Médicaments Antécédents cardiovasculaires

Sémaglutide

Chez les patients en situation d'obésité et qui ont déjà une atteinte cardiovasculaire, notamment coronarienne, le *sémaglutide* (un agoniste du GLP-1) en injections sous-cutanées semble efficace en prévention d'un nouvel accident cardiovasculaire, en particulier d'un infarctus du myocarde, sans effet démontré sur la mortalité (37).



Le profil d'effets indésirables des agonistes du GLP-1 comporte surtout des : ralentissements de la vidange gastrique, nausées dose-dépendantes surtout en début de traitement, vomissements, diarrhées, reflux gastro-œsophagien, dyspepsies, inhalations du contenu gastrique lors d'anesthésies générales ; insuffisances rénales ; pertes de poids excessives ; obstructions intestinales, constipations ; lithiases biliaires, cholécystites* ; pancréatites ; hypoglycémies (38).

Certains risques sont mal connus, avec peut-être des idées suicidaires, des suicides et des dépressions, et à long terme des cancers, notamment de la thyroïde et du pancréas (38).

Les agonistes du GLP-1 exposent à une modification de l'absorption digestive de nombreux médicaments, ce qui est particulièrement à prendre en compte avec les médicaments à marge thérapeutique étroite* (38).

+ "Incrétinomimétiques agonistes du GLP-1 : sémaglutide, tirzépate, etc." Interactions Médicamenteuses Prescrire

Lors d'un traitement par agoniste du GLP-1, il est utile de :

- surveiller la fonction rénale, notamment en cas d'augmentation des doses ou de troubles digestifs sévères (qui exposent à une déshydratation) ;
- surveiller l'humeur des patients, à la recherche d'un changement inhabituel ;
- palper la thyroïde et les ganglions cervicaux une ou deux fois par an (39).

+ "Liraglutide ou dulaglutide ou sémaglutide" Infos-Patients Messages-clés Médicaments

Prescrire

GLOSSAIRE

Les termes expliqués de façon concise dans ce glossaire sont signalés dans le texte par un astérisque (*).

anastomose : communication naturelle ou chirurgicale entre deux nerfs ou deux organes creux tels que des vaisseaux sanguins.

cholécystite : inflammation de la vésicule biliaire.

lithiase : présence d'une ou de plusieurs concrétions solides (calculs) dans un canal excréteur ou une cavité de l'organisme, notamment biliaire, salivaire ou urinaire.

marge thérapeutique étroite : un médicament est dit à marge thérapeutique étroite quand une faible variation de sa concentration dans le sang par rapport à la concentration efficace expose à des symptômes en lien avec une surdose ou avec une sous-dose.

Noms commerciaux des médicaments en France F, Belgique B et Suisse CH

bupropione + **naltrexone** - F CH (-) : MYISMBA*
lévonorgestrel 1,5 mg contraception d'urgence
- F B CH NORLEVO* ou autre
lévothyroxine - F LEVOTHYROX* ou autre ; CH LTHYROKINE
CHRISTIAENS* ou autre ; CH ELTROXINE-LP* ou autre
liraglutide obésité - F B CH SAXENDA*
lithium - F THERALITH* ; B CAMCOLIT* ; CH QULONORM*
ou autre
orlistat - F B CH XENICAL* ou autre
sémaglutide injectable obésité - F B CH WEGOVY*

RECONNAÎTRE

L'obésité est à distinguer du surpoids

L'excès de masse grasse du corps humain est généralement estimé par l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en divisant le poids (exprimé en kg) par le carré de la taille (exprimée en m) (3).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit chez les adultes :

- le surpoids : IMC compris entre 25 et 30 kg/m² ;

Est-ce que ça fonctionne ?

➔ Que dit Prescrire ?

TRAITEMENTS

Axes de traitement

Chez la plupart des personnes en situation d'obésité, une réduction pondérale de 5 % du poids initial réduit le risque de complications : diminution de la pression artérielle, de la LDL-cholestérolémie, de l'incidence du diabète de type 2, des troubles respiratoires et amélioration fonctionnelle en cas d'arthrose du genou. Le bénéfice sur la mortalité est incertain (18,19).

Pour aider les patients en situation d'obésité à perdre du poids, associer alimentation équilibrée et augmentation de l'activité physique est plus efficace que chaque mesure isolée (20).

Le maintien à long terme d'une réduction pondérale est difficile. Les fluctuations pondérales à répétition semblent associées à des complications et à une mortalité accrue. Chez les adultes, associer un soutien personnalisé augmente les chances de succès (18,20).

La chirurgie digestive de l'obésité (chirurgie bariatrique) est une option chez certaines personnes atteintes d'obésité sévère ou massive avec complications graves (21).

Aucun médicament ne permet de perdre du poids de façon durable et sans risque (22).

+ "Perdre du poids si nécessaire" Fiche Infos-Patients



Médicamenteux

Antécédents cardiovasculaires

Sémaglutide

Chez les patients en situation d'obésité et qui ont déjà une atteinte cardiovasculaire, notamment coronarienne, le *sémaglutide* (un agoniste du GLP-1) en injections sous-cutanées semble efficace en prévention d'un nouvel accident cardiovasculaire, en particulier d'un infarctus du myocarde, sans effet démontré sur la mortalité (37).



Le profil d'effets indésirables des agonistes du GLP-1 comporte surtout des : ralentissements de la vidange gastrique, nausées dose-dépendantes surtout en début de traitement, vomissements, diarrhées, reflux gastro-œsophagiens, dyspepsies, inhalations du contenu gastrique lors d'anesthésies générales ; insuffisances rénales ; pertes de poids excessives ; obstructions intes-



La justification de prescription pour ou contre ?



**l'Assurance
Maladie**

Dans quels cas mon médicament sera-t-il remboursé ?

Votre professionnel de santé vous a prescrit l'un de ces médicaments antidiabétiques : Ozempic®, Trulicity®, Victoza® ou Byetta®

LE PRESCRIPTEUR

- S'assure que votre situation entre bien dans les critères pour bénéficier du remboursement du médicament.
- Imprime le justificatif d'accompagnement à la prescription qu'il vous remet une fois.
- Imprime et vous remet la prescription du médicament.



PENSEZ-Y !

- Assurez-vous que votre prescripteur vous remet un justificatif papier.
- Présentez ce justificatif à votre pharmacien à chaque fois, en plus de l'ordonnance.
- Pensez à conserver ce justificatif et/ou enregistrez le dans « Mon espace santé ».

LE PHARMACIEN

- Vérifie que vous disposez de la prescription et du justificatif autorisant la prise en charge du traitement. Il vous délivre le médicament qui sera pris en charge par l'Assurance maladie.
- Si vous ne disposez pas du justificatif, le pharmacien vous informe que vous ne serez pas pris en charge.



À votre demande, le pharmacien peut vous délivrer le traitement prescrit mais vous ne bénéficierez d'aucun remboursement.



À NOTER

- Le pharmacien applique la réglementation, il ne peut facturer le médicament à l'Assurance maladie sans le justificatif conforme.
- N'hésitez pas à contacter votre prescripteur pour toute question.

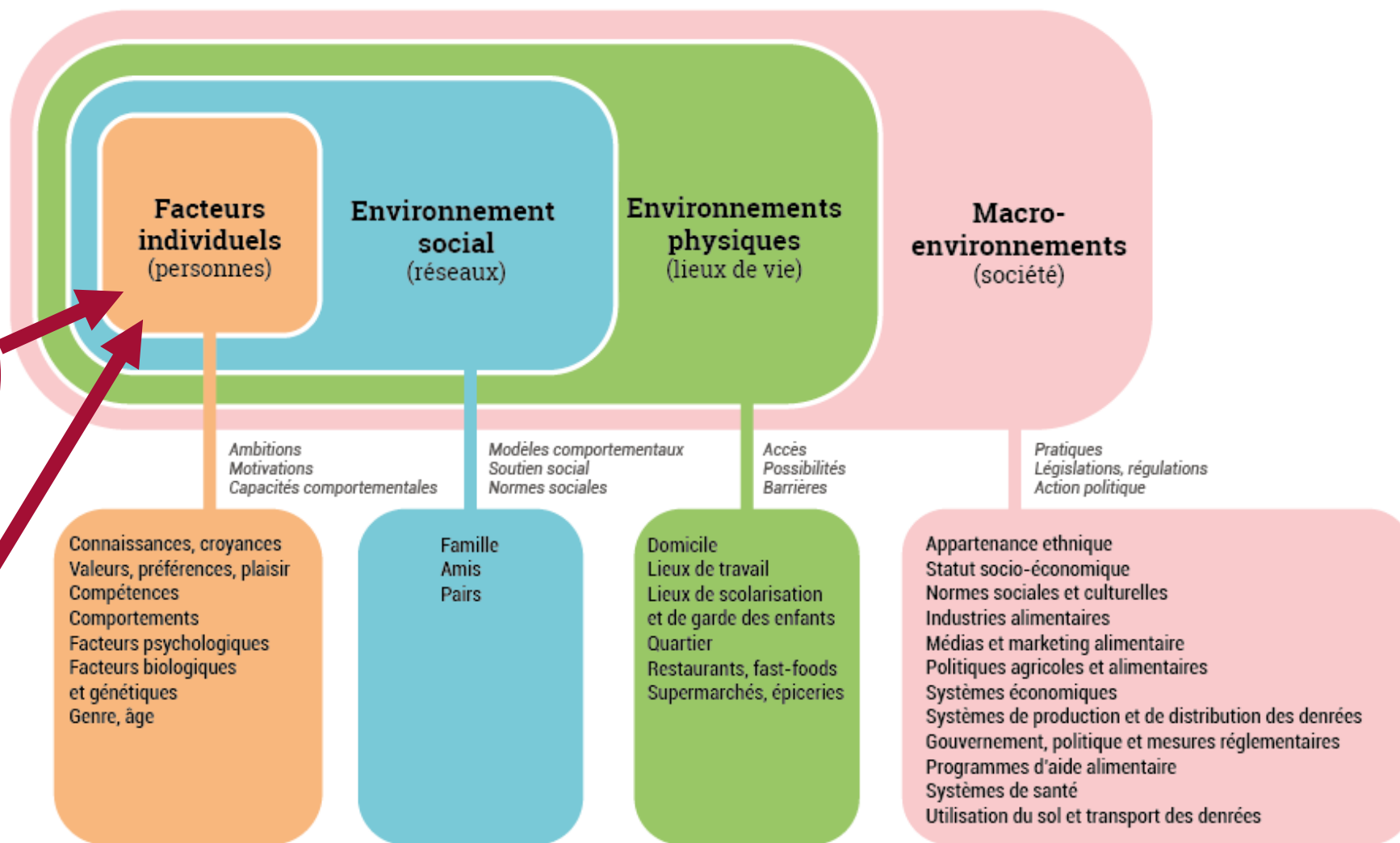
La flambée des prix alimentaires amplifie les inégalités sociales

L'inflation contraint une partie des ménages à partir en quête de prix bas au détriment de la qualité. Viande et poisson sont souvent remplacés par des œufs.

Par Béatrice Madeline

Aujourd'hui à 05h15, modifié à 11h11





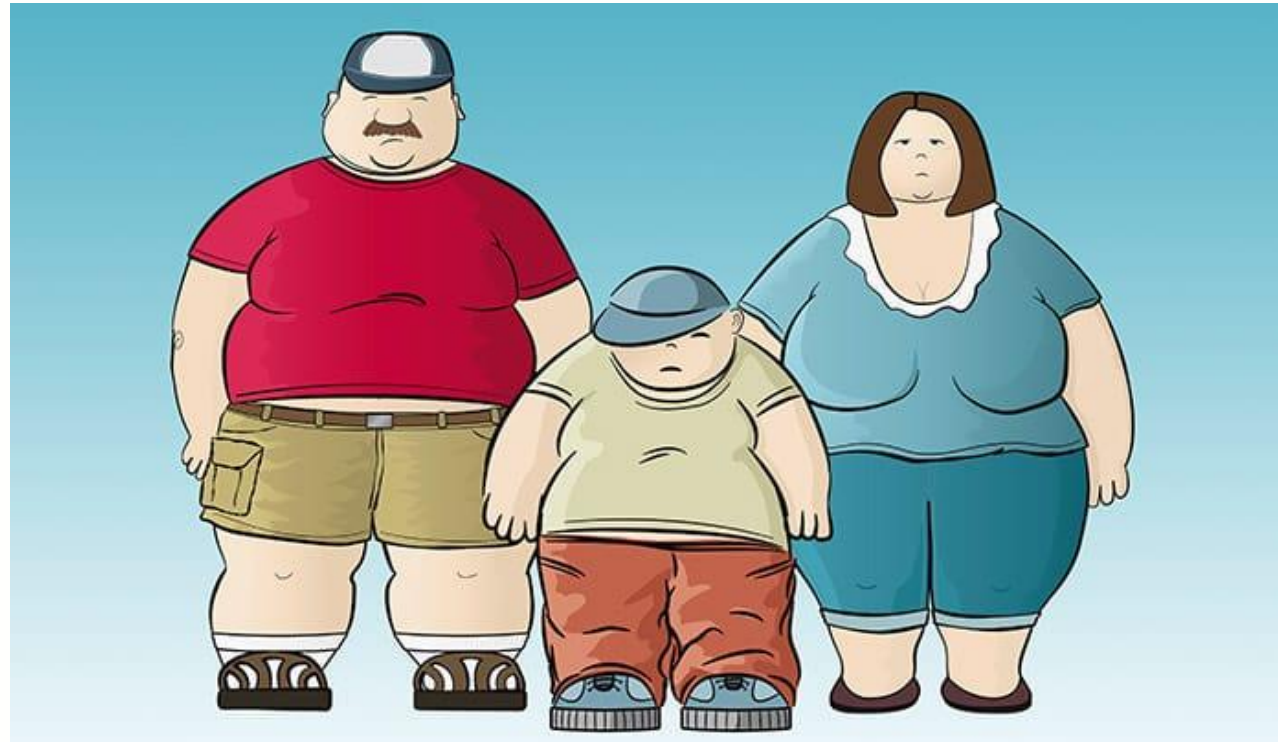
**Environnement
social**
(réseaux)

**Environnements
physiques**
(lieux de vie)

**Macro-
environnements**
(société)



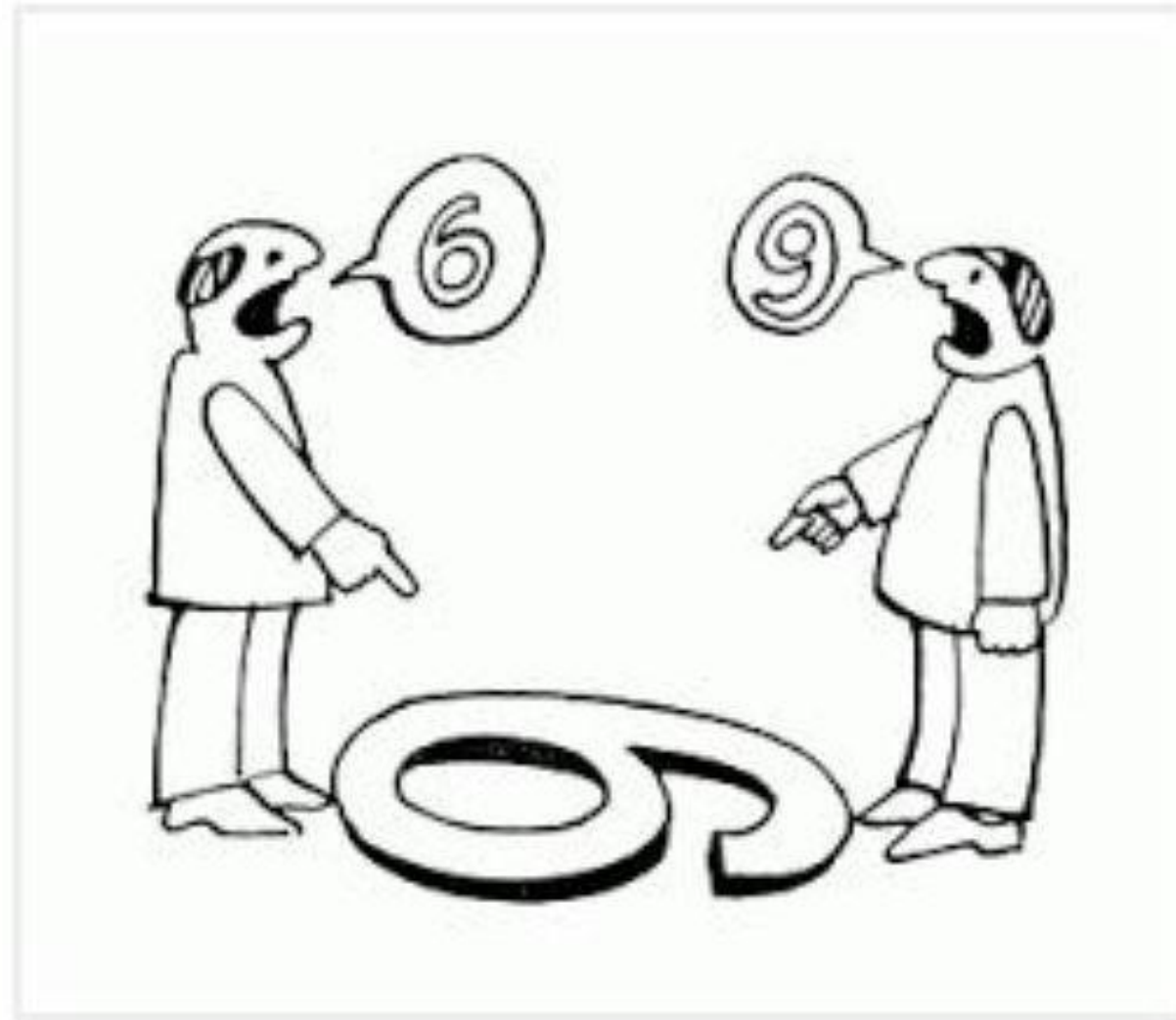
Question de la norme



**Environnement
social
(réseaux)**

**Environnements
physiques
(lieux de vie)**

**Macro-
environnements
(société)**



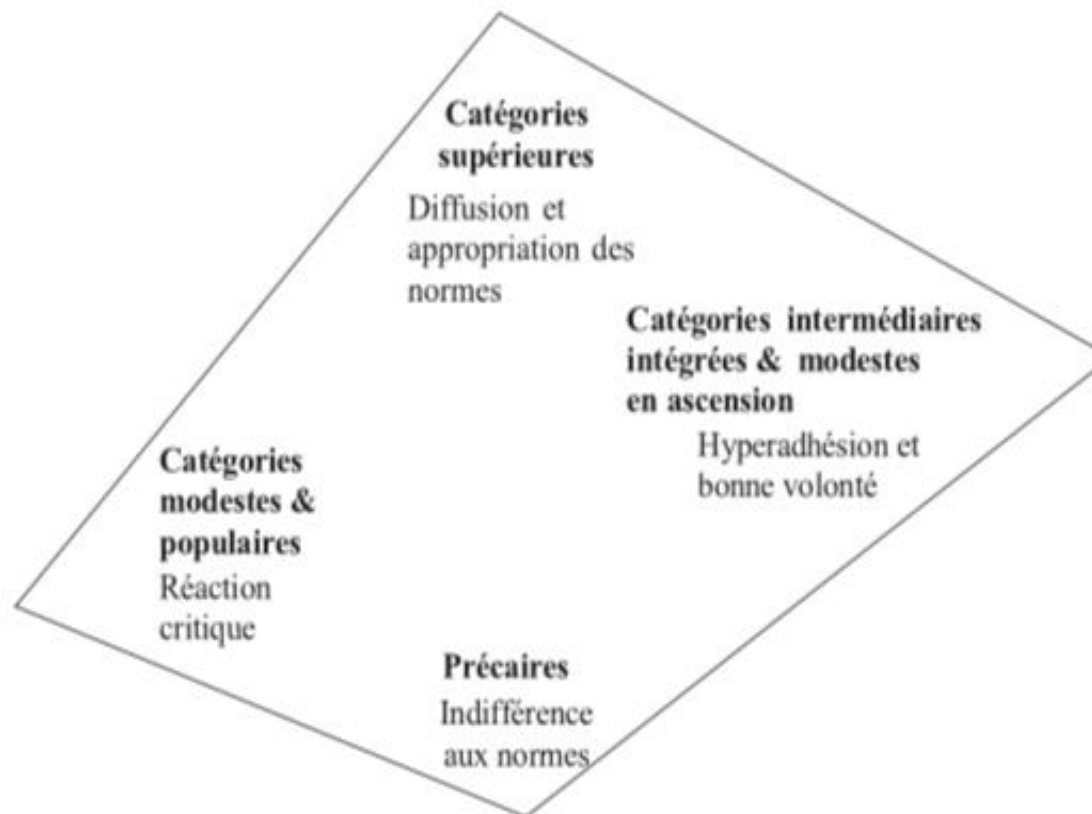
**Environnement
social
(réseaux)**

**Environnements
physiques
(lieux de vie)**

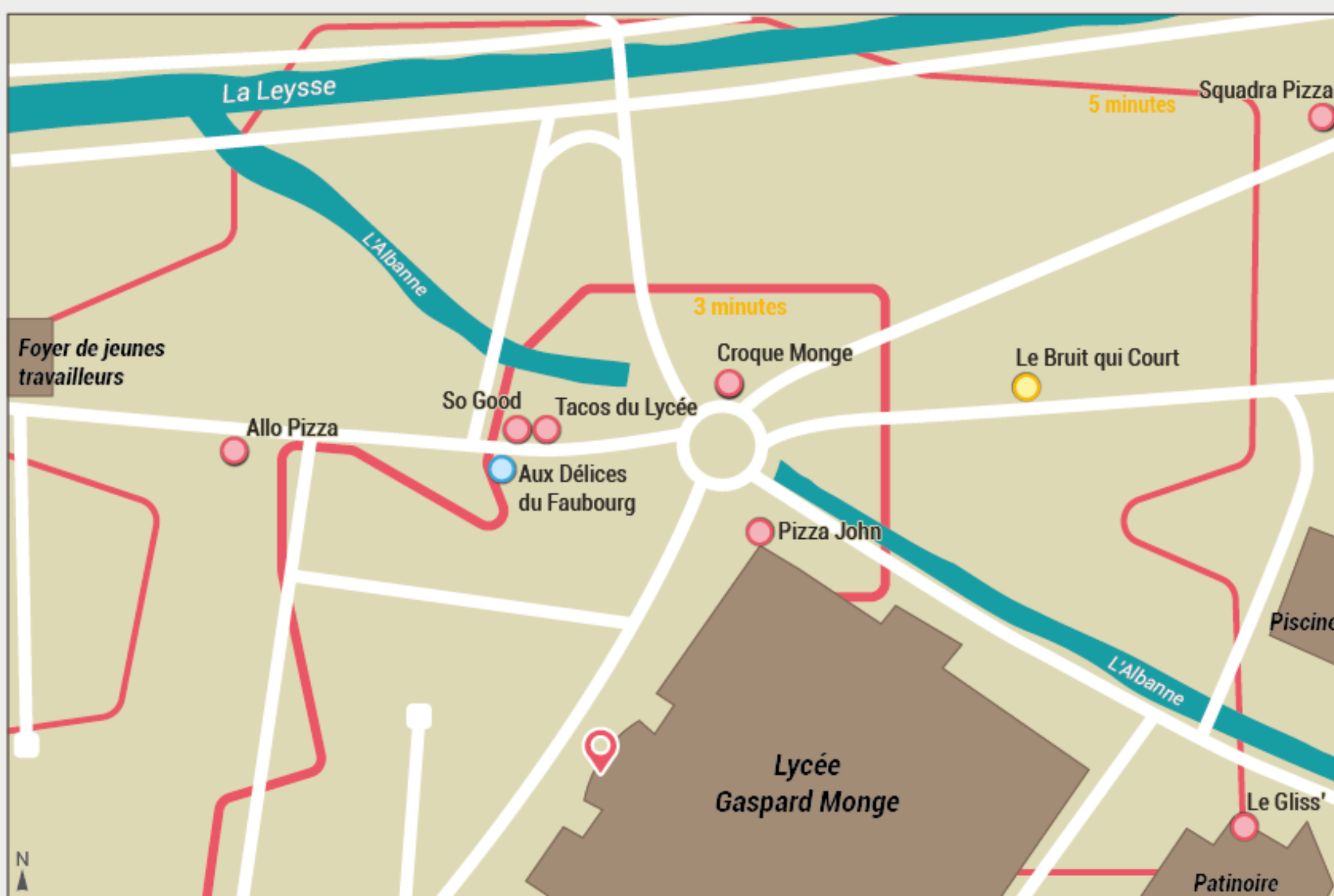
**Macro-
environnements
(société)**



FIGURE 1. – *Quatre formes de réception des normes d'alimentation et de corpulence*






Faustine Régnier et Ana Masullo. « Obésité, goûts et consommation. Intégration des normes d'alimentation et appartenance sociale », *Revue française de sociologie*, vol. 50, no. 4, 2009, pp. 747-773.



Établissements proposant de la vente alimentaire à emporter le midi

-  Pizzeria, fast food
-  Boulangerie
-  Restaurant

Distance-temps depuis le lycée Monge, à pied

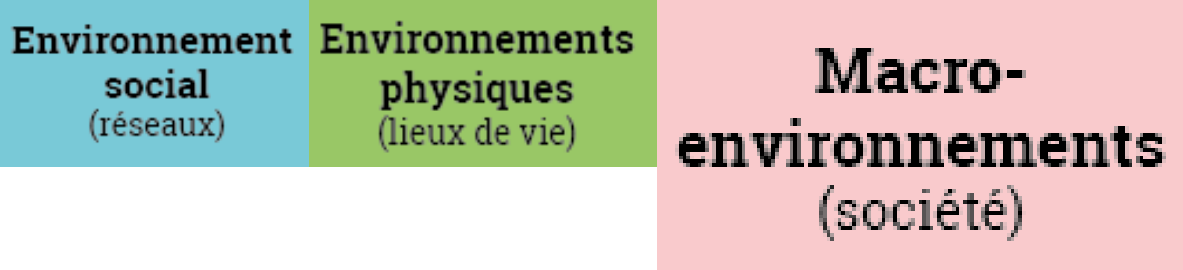
-  Entrée du lycée utilisée comme point de départ
-  Isochrone 3 minutes
-  Isochrone 5 minutes

Localisation des établissements :
Google Maps
Calcul des Isochrones :
Géoportail (IGN)
Réalisation : J.-B. Bouron,
Géoconfluences, 2021

Macro- environnements (société)

*Pratiques
Législations, régulations
Action politique*

Appartenance ethnique
Statut socio-économique
Normes sociales et culturelles
Industries alimentaires
Médias et marketing alimentaire
Politiques agricoles et alimentaires
Systèmes économiques
Systèmes de production et de distribution des denrées
Gouvernement, politique et mesures réglementaires
Programmes d'aide alimentaire
Systèmes de santé
Utilisation du sol et transport des denrées



Une responsabilité politique

Environnement
social
(réseaux)

Environnements
physiques
(lieux de vie)

Macro-
environnements
(société)



Une responsabilité politique

Obésité : le lobbying “scientifique” de Coca-Cola

- La firme Coca-Cola, plus grande productrice de boissons sucrées au monde, a cherché à influencer les décideurs et l’opinion publique aux États-Unis d’Amérique pour orienter la lutte contre l’obésité dans le sens qu’elle souhaitait.
- Au cœur de la stratégie de Coca-Cola, un réseau d’universitaires étatsuniens chargé d’accréditer un concept de “balance énergétique” selon lequel l’obésité est davantage la conséquence de l’inactivité physique que de la consommation régulière de boissons sucrées.
- Grâce à ce réseau d’influence, Coca-Cola voulait créer un climat favorable à son concept “scientifique” parmi les responsables de la santé, les journalistes, les professions médicales et les consommateurs. La stratégie a fonctionné, jusqu’à ce qu’elle soit dénoncée par des journalistes et des chercheurs étatsuniens.
- En France, Coca-Cola a versé plusieurs millions d’euros depuis 2010 à des professionnels de santé dans le but de minimiser les risques liés aux sodas.

provient des boissons sucrées (2). Dans une enquête sur la consommation alimentaire durant une journée donnée, pendant la période 2011-2014, 6 jeunes sur 10 et 5 adultes sur 10 ont rapporté avoir bu un soda (3,4). L’apport calorique lié à la consommation de sodas est en moyenne similaire chez les enfants et les adultes (3). Cette consommation est plus élevée chez les personnes de sexe masculin quel que soit leur âge, et globalement chez les enfants et adultes vivant dans une famille à faible revenu (3).

Durant des décennies, la firme Coca-Cola, plus grande productrice de boissons sucrées au monde, a cherché à influencer les politiques de santé et l’opinion publique, notamment aux États-Unis, en établissant des liens avec des scientifiques de renom et des responsables au plus haut niveau, notamment avec le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), une composante majeure de l’administration étatsunienne de la santé publique (5,6).

Une personne proche de Coca-Cola à la tête du CDC. En juillet 2017, l’administration Trump a nommé à la tête du CDC une ancienne responsable de la santé de l’État de Géorgie (7). Peu après cette





« Le vrai poids de ces médicaments n'est peut-être pas celui qu'on perd. C'est celui qu'ils font peser sur nos choix de société »

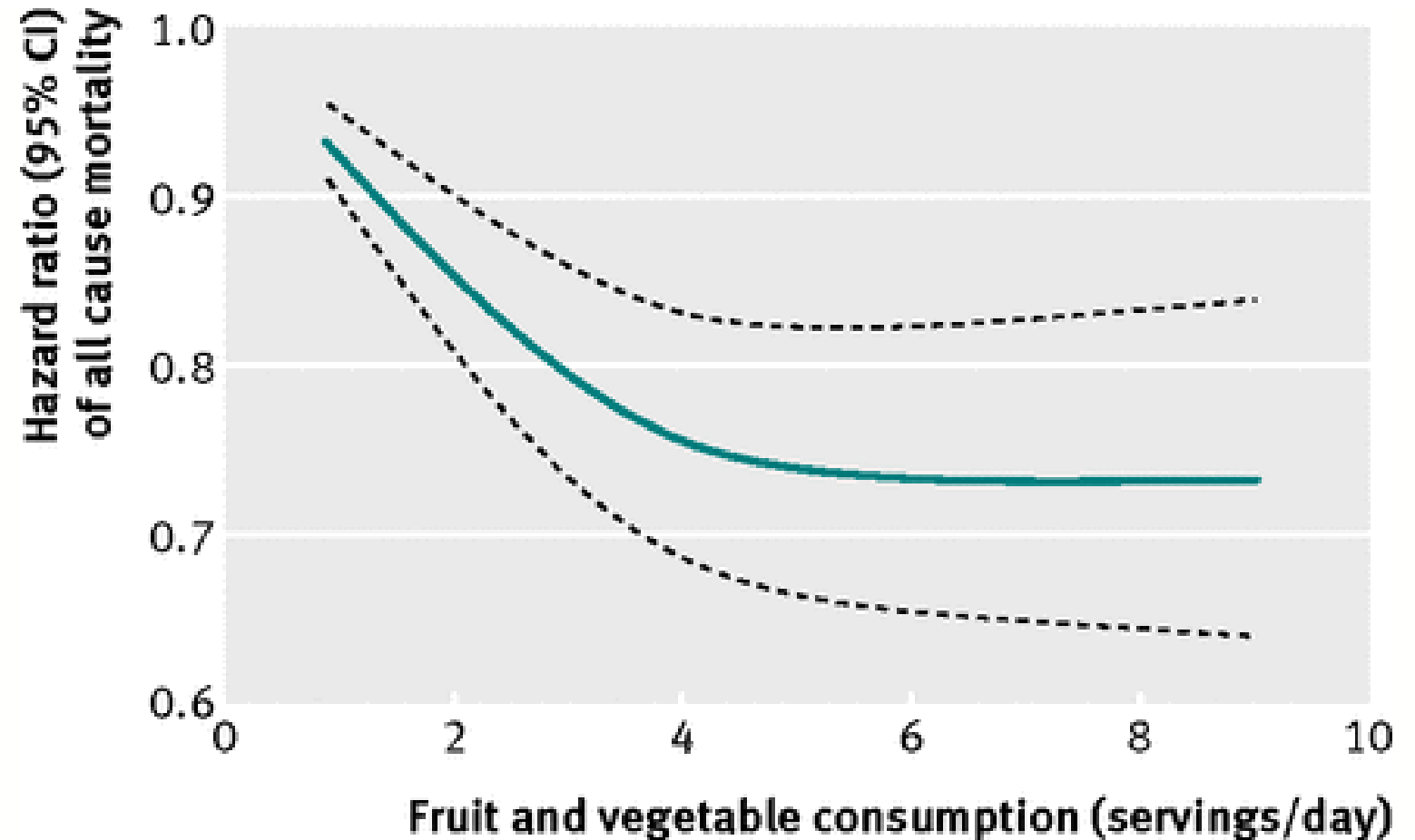


Jérémie Anso

Docteur en biologie et conférencier spécialisé en santé depuis 2012, Jérémie Anso est le fondateur du site d'information Dur à Avaler. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur la santé et n'a pas le moindre conflit d'intérêt.



Avant la prescription d'un traitement anti-obésité, adapter les messages de prévention ?





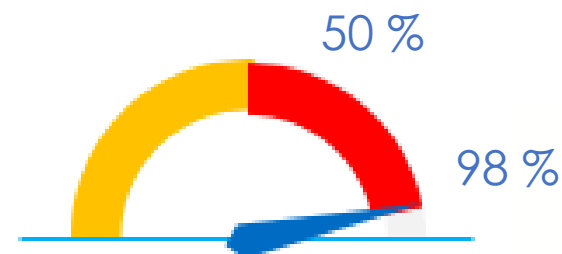
Alimentation restrictive en pratique

44



Demandée par les patients



95 % de reprise pondérale à 5 ans



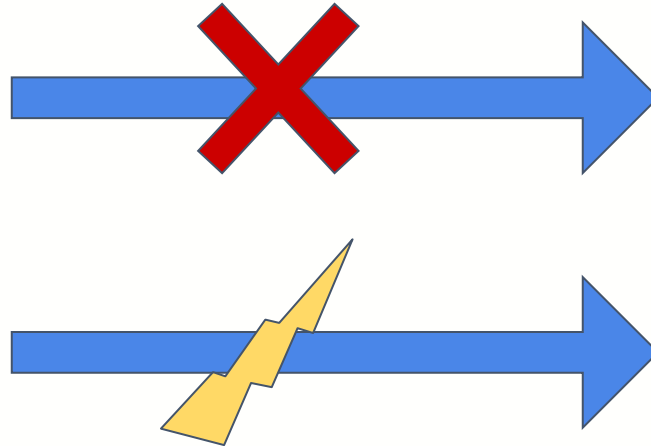
Proposée par **50 à 98 %** des médecins

	un épisode	plusieurs épisodes
	x 1,8	x 2,0
	x 2,7	x 5,2

Risque de développer du surpoids après un amaigrissement

Activité physique en pratique

45



Peu efficace pour perdre du poids

Bénéfique pour la santé

- Douleurs articulaires
- Comorbidités
- Blessures

- Diminution du risque de coronaropathie
- Diminution de la mortalité
- Bénéfice psychologique