



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](https://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 - DMC-FT Strasbourg
- médecine générale

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



## 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®

# La justification de prescription pour ou contre ?

### LE PRESCRIPEUR

- 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.

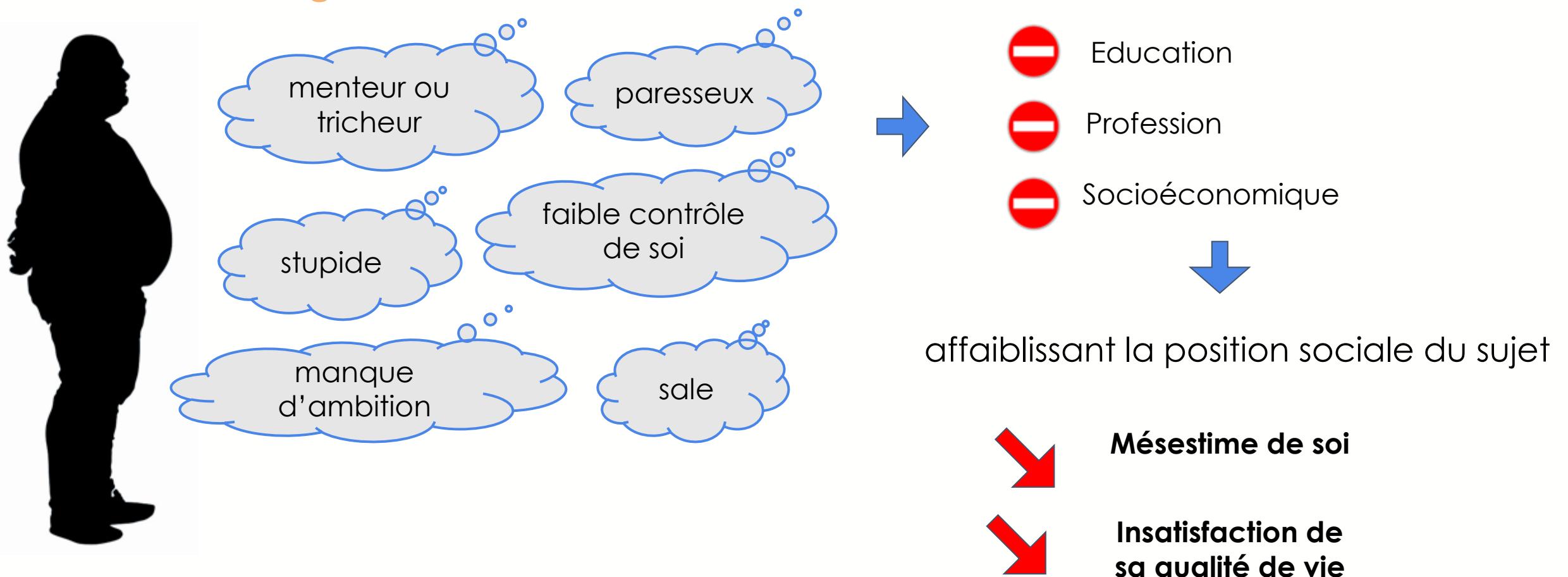
À votre demande, le pharmacien peut vous délivrer le traitement prescrit mais vous ne bénéficierez daucun remboursement.

### 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.

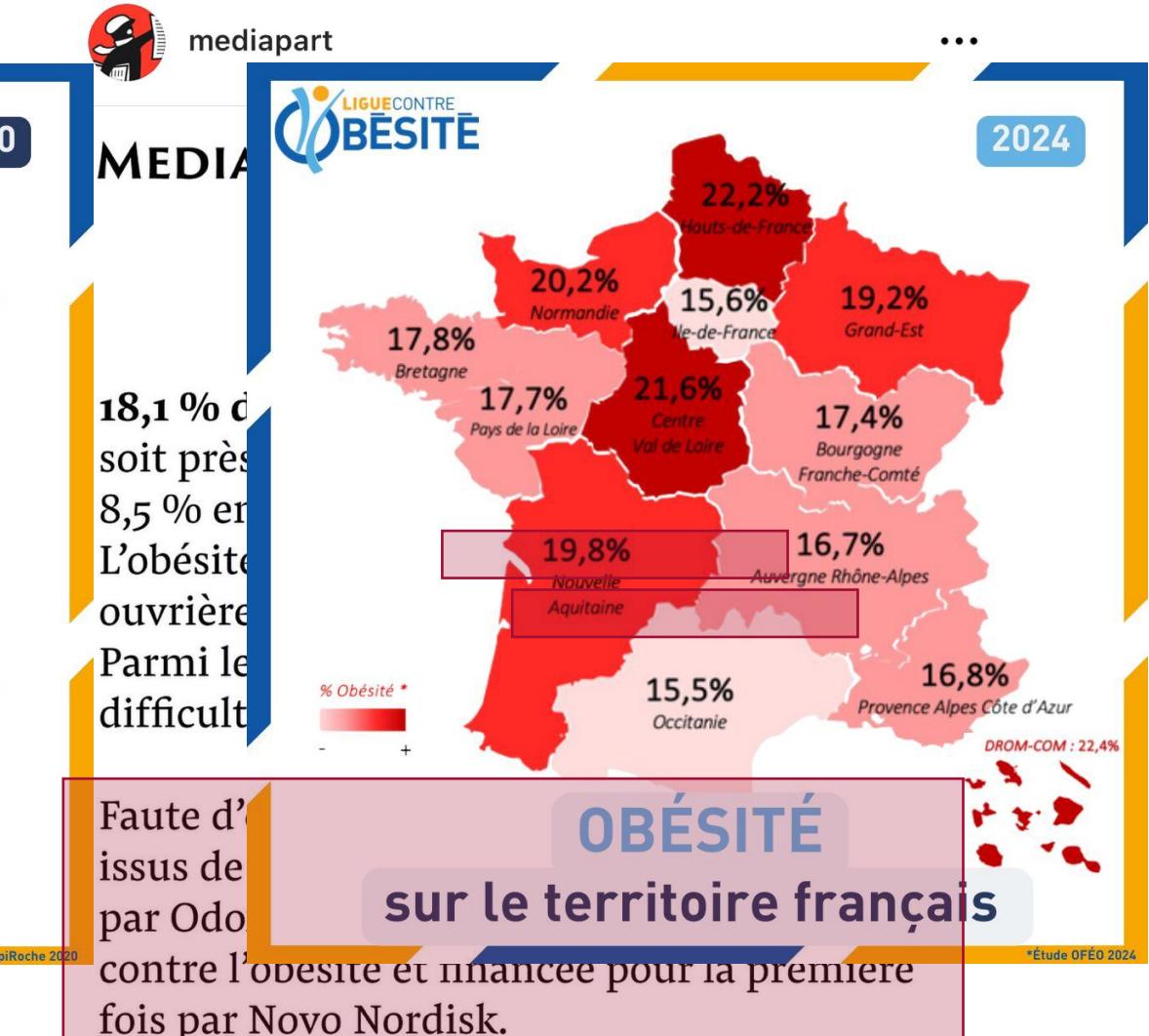
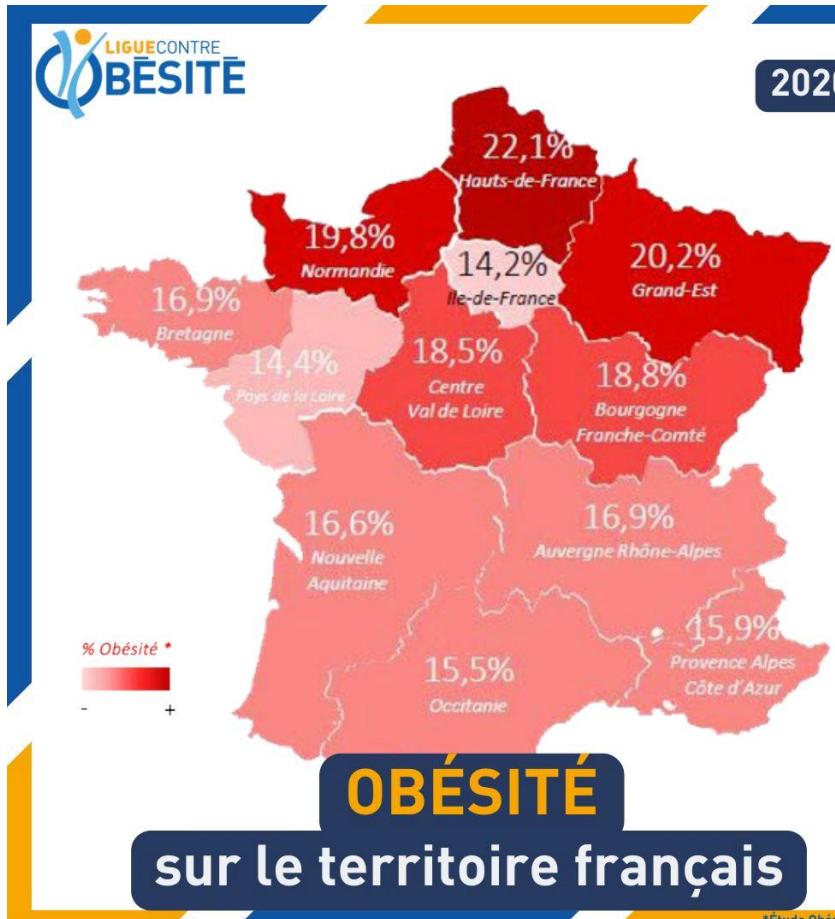
# Personnes obèses : comment sont-elles perçues ?

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





# Quelques chiffres – Etude Oféo





# Définition obésité - Problématiques

Navigation menu items: Accès direct, Sommaire, Rechercher, Se connecter



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

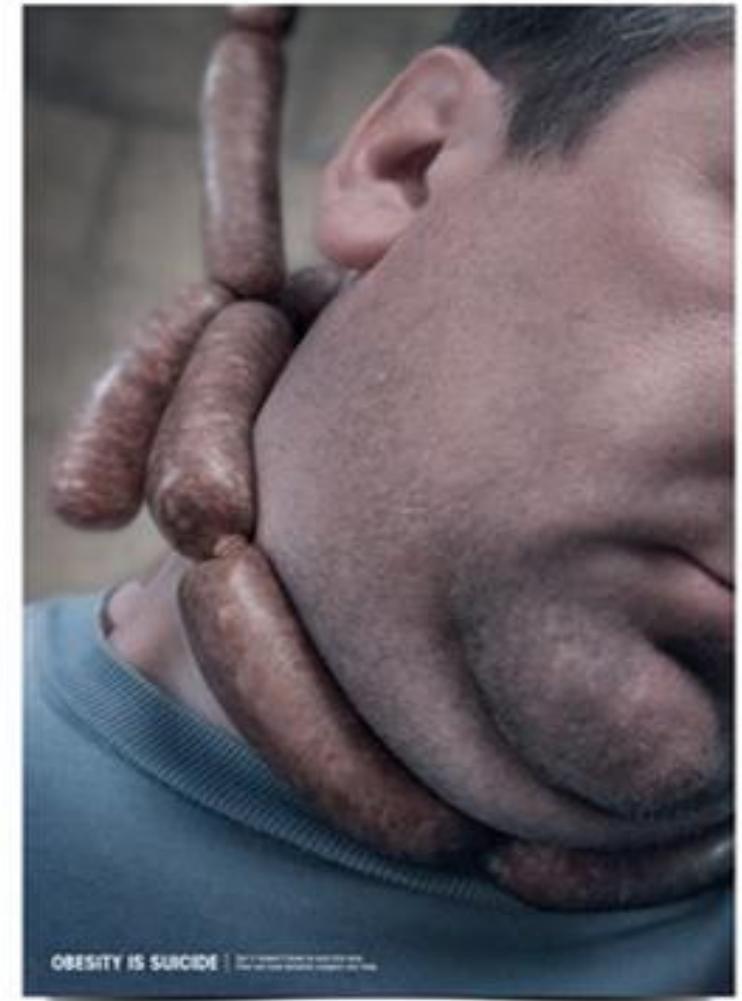
# Discrimination et corps médical

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

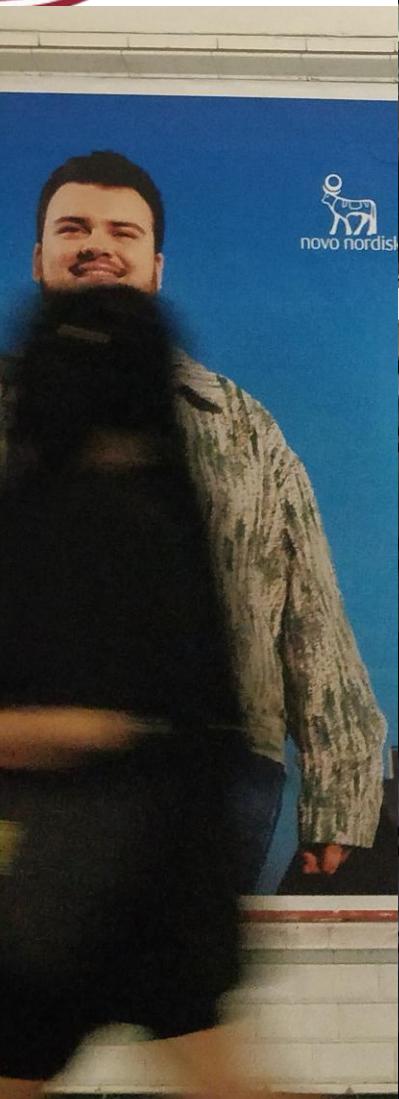
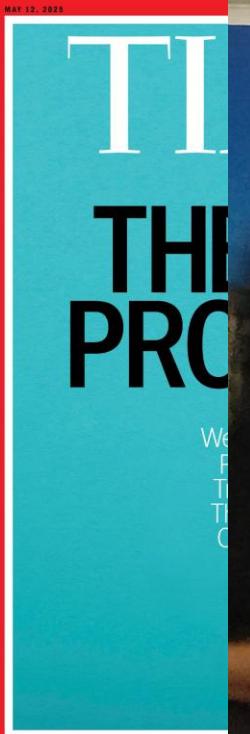


OBESITY IS SUICIDE



# Les nouveaux médicaments anti-obésité

## Un matraquage médiatique



pour  
utilisé  
bénéfice  
ché de  
tion et  
ntaire.  
ngère  
e fond.



# Les nouveaux médicaments anti-obésité

## Partout sur internet et les réseaux sociaux

**mia.co**

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

The screenshot shows an email from Centre RNPC Strasbourg SUD. The header includes the logo and name of the center, its address (333B Avenue de Colmar), contact person (Docteur Frédéric MALOISEL), and phone number (06 62 92 04 15). The body of the email is as follows:

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 informer 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'existant 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'élégants 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

avec le soutien institutionnel de



### 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"



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

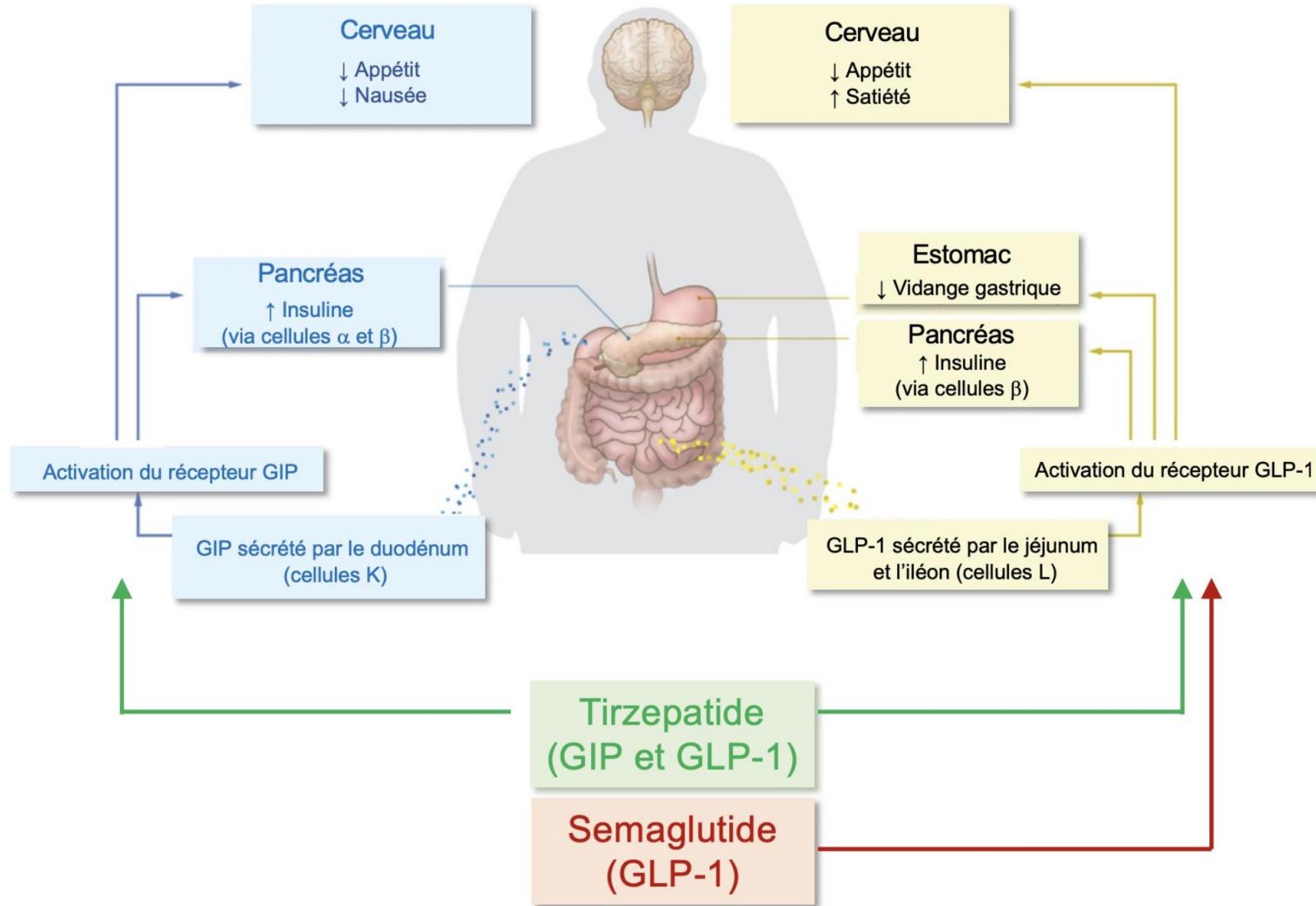


Figure 3. Mécanismes d'action du GIP, du GLP-1 et de leurs agonistes. Adapté de Bass et coll. (2023).



	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		





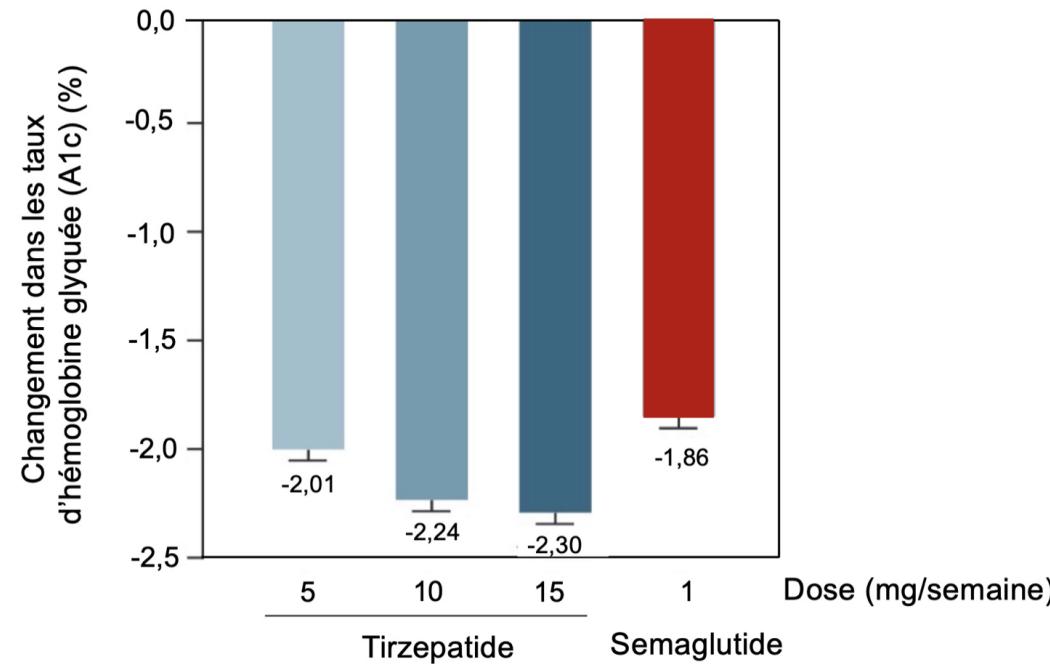
# Effets indésirables des nouveaux médicaments anti-obésité

Source : site Dur à avaler

<https://www.dur-a-avaler.com/medicaments-ozempic-wegovy-semaglutide-danger-obesite-efficacite/>

# Est-ce que ça fonctionne ?

Pour la réduction de l'HbA1C → OUI



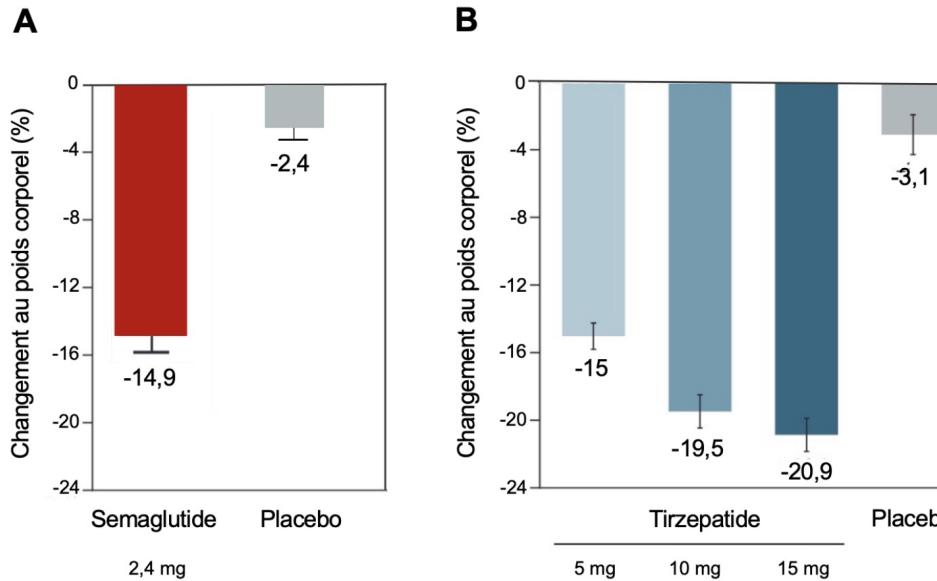
Comparaison de la diminution des taux d'hémoglobine glyquée de patients diabétiques provoquée par un traitement de 40 semaines avec le tirzepatide (5, 10 ou 15 mg/sem) ou le semaglutide (1 mg/sem). Tiré de Frias et coll. (2021).

# 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 ?

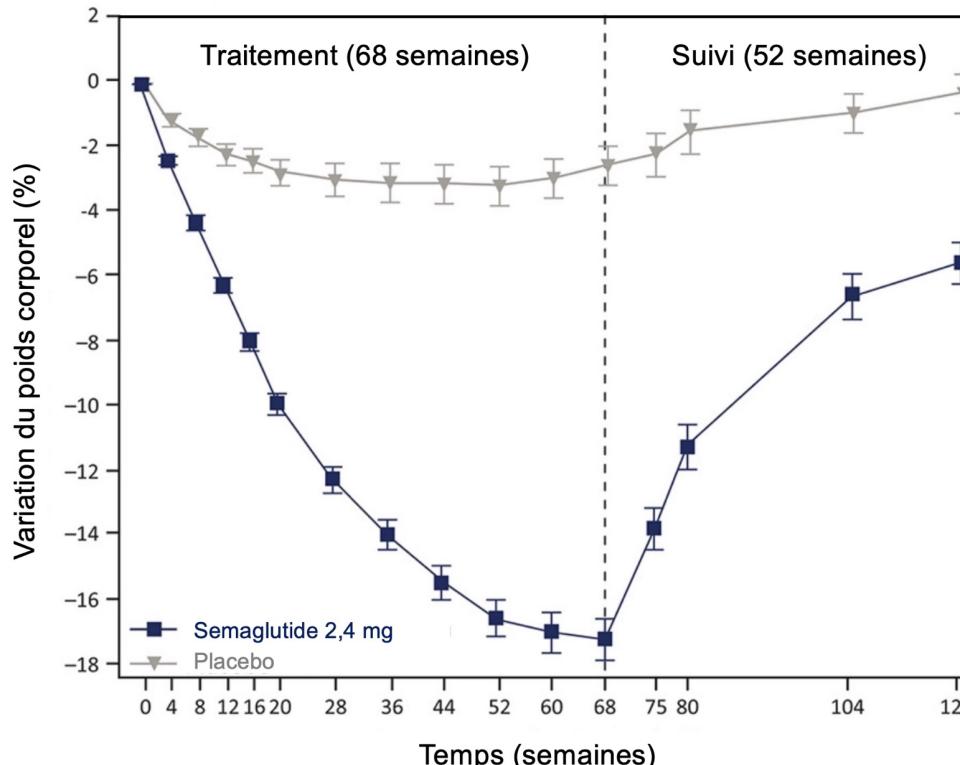
Pour la perte de poids



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



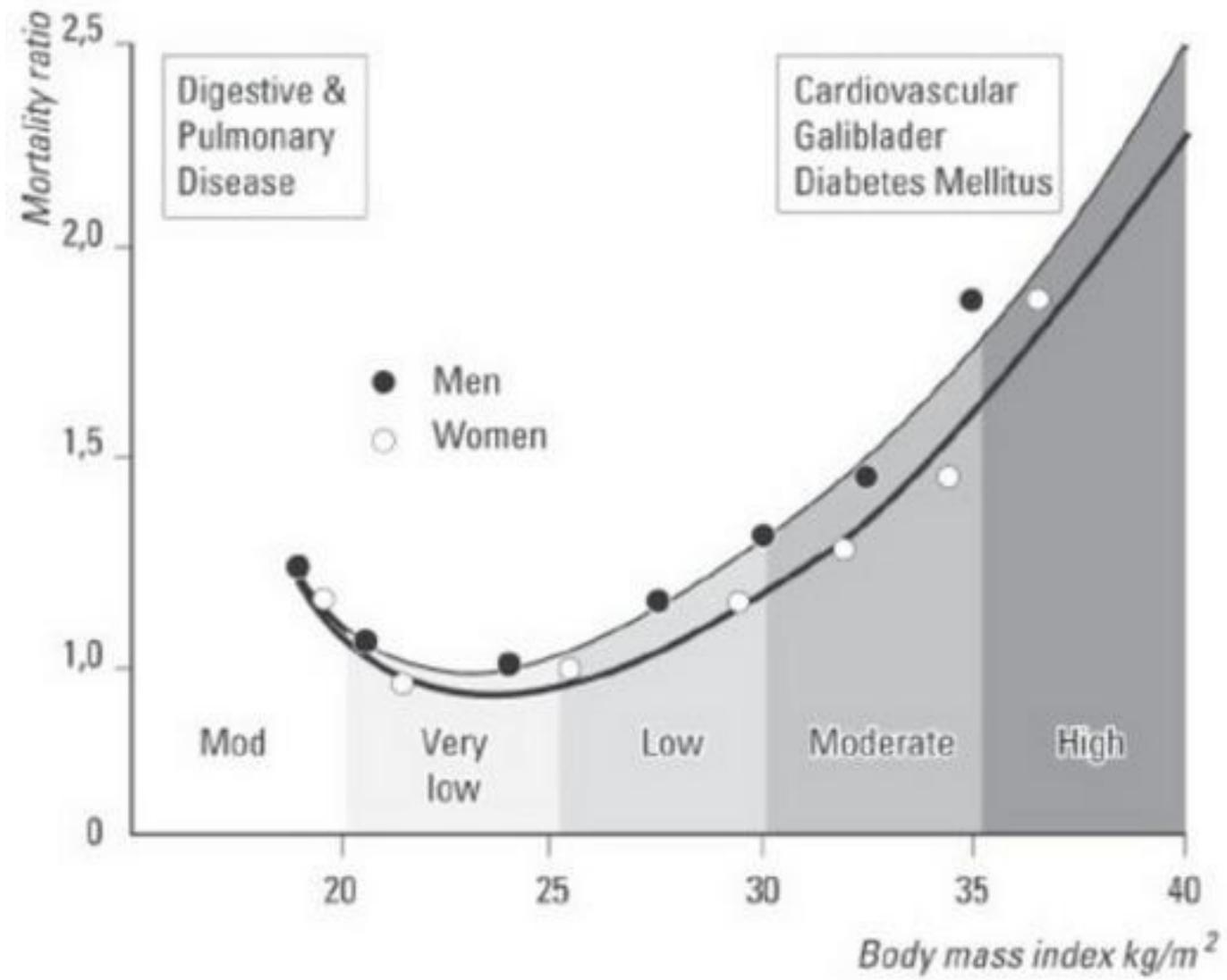
Mais ...

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

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

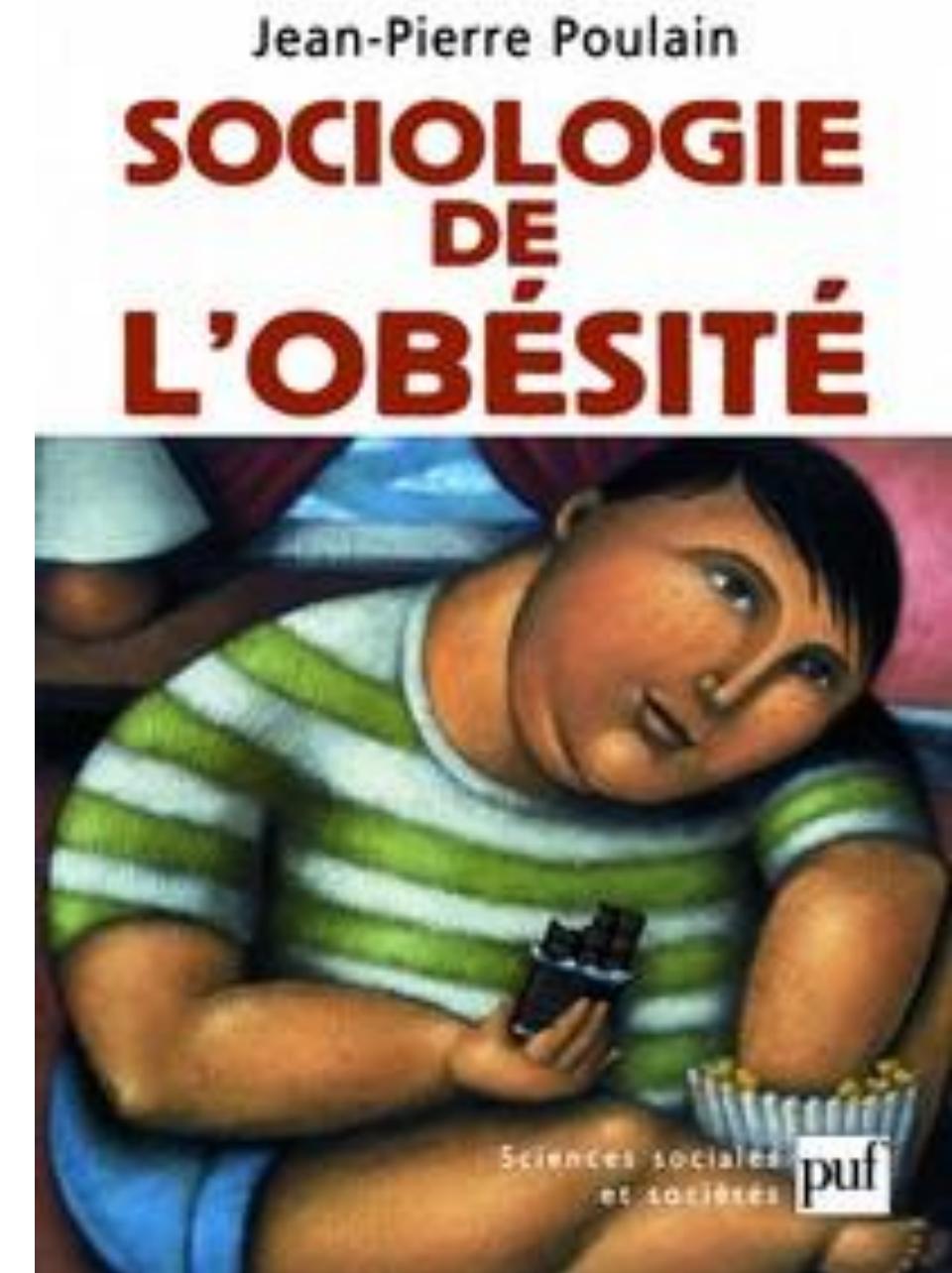


# L'IMC





« 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. »

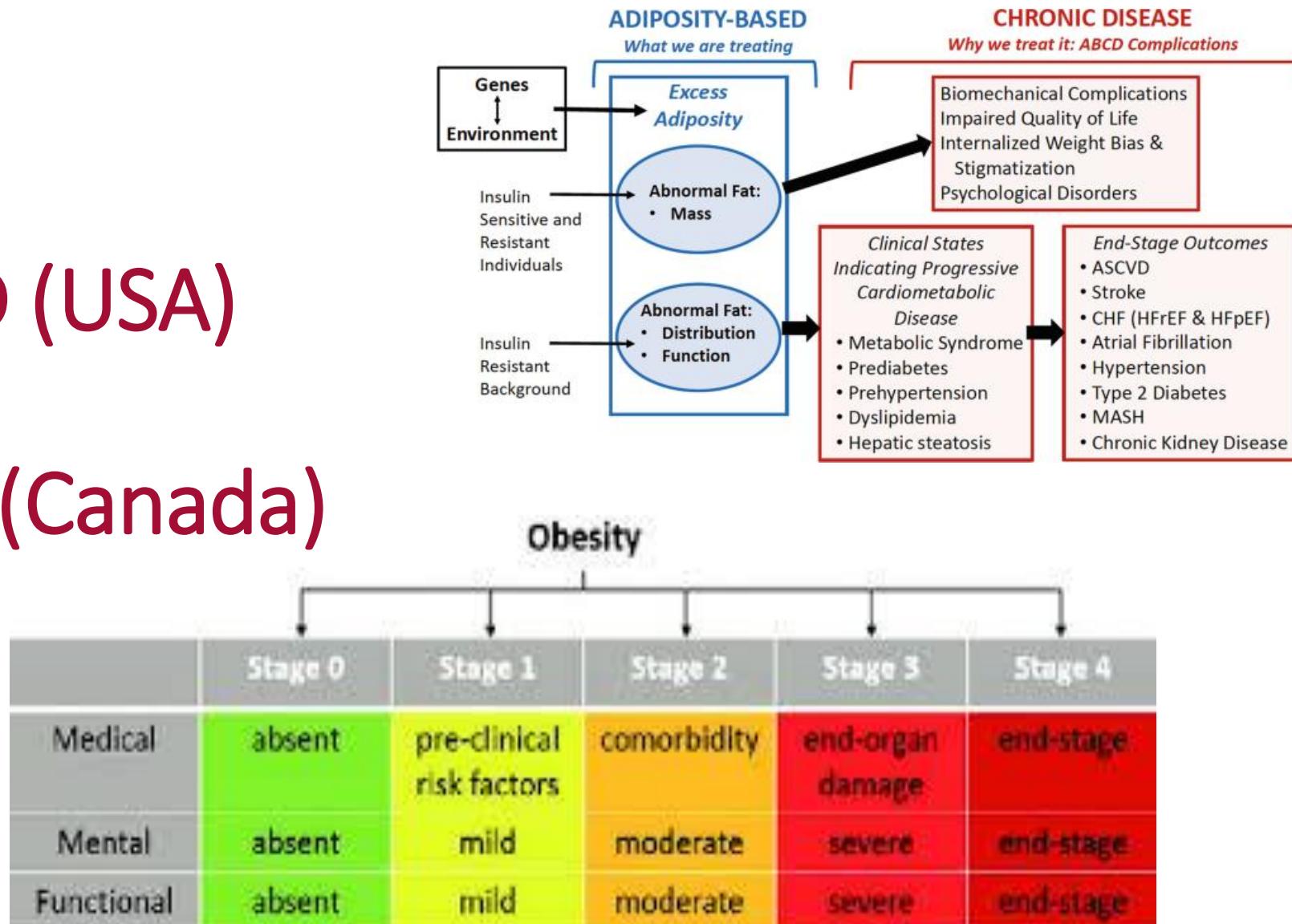




# Il existe d'autres classifications

## Classification ABCD (USA)

## Edmonton Staging (Canada)





# Il existe d'autres classifications

## HAS (France)

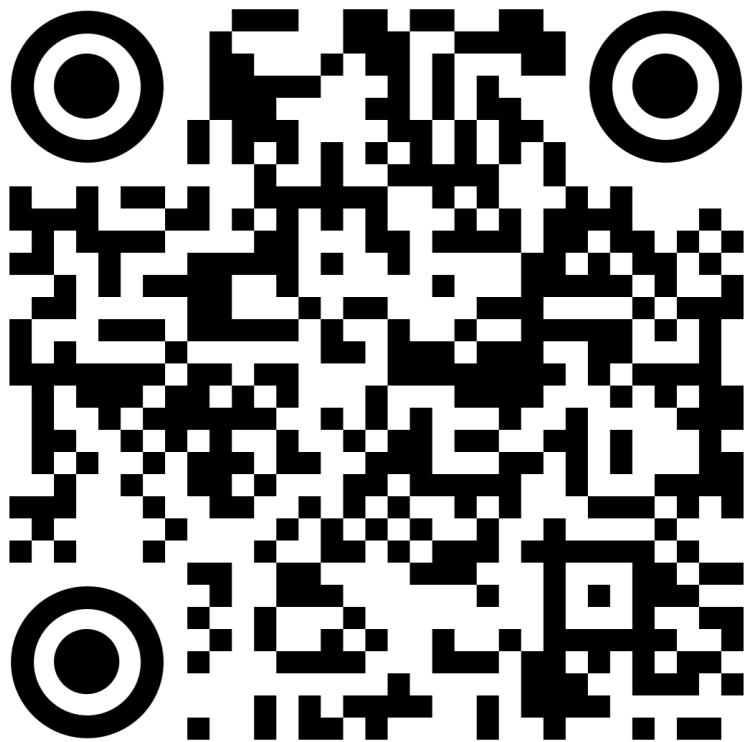
Stade de sévérité de l'obésité	Paramètres de phénotypage						
	1 IMC	2 Retentissement médical	3 Retentissement (qualité de vie ou fonctionnel)	4 Troubles psychologiques, psychopathologiques et/ou cognitifs, troubles du comportement	5 Étiologie de l'obésité	6 Comportement alimentaire	7 Trajectoire pondérale
1a 30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'anomalie cardiométabolique</li> <li>- Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas d'impact significatif sur la QDV</li> <li>- Pas de limitation fonctionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire</li> </ul>	- Commune	- Pas d'impulsivité alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initiation de prise en charge</li> <li>- Obésité apparue à l'âge adulte</li> </ul>	
1b 30 ≤ IMC < 35	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anomalie cardiométabolique débutante (HTA limite, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'altérations cardiométaboliques, hépatiques et respiratoires (HTA, DT2, NAHOS, NAFLD) ou autres complications/ comorbidités générées de façon satisfaisante (malgré l'absence de perte de poids)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impact modéré sur QDV et sur ou             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur) ou             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles psychologiques associés bien gérés (ex.: dépression traitée et suivie)</li> </ul> </li> </ul>	- Commune	- Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou</li> <li>- Un épisode de rebond pondéral</li> </ul>	
2 35 ≤ IMC < 50 <i>Si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infertilité ou</li> <li>- SOPK</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ou</li> <li>- Prise de poids sur douleurs chroniques (ex.: fibromyalgie)</li> <li>- Médicaments obésogènes*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès de boulimie épisodiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité apparue dans l'enfance persistante à l'âge adulte ou</li> <li>- Au moins 2 épisodes de rebond pondéral ou</li> <li>- Échec de prise en charge de niveau 1 ou</li> <li>- Grossesse après chirurgie bariatrique</li> </ul>	
3a 35 ≤ IMC < 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche entre 100 et 500 m</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pathologie psychiatrique sévère (ex.: dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïaque, schizophrénie, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité secondaire à une dérégulation hormonale (hyper corticisme, acromégalie)</li> <li>- Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperphagie boulimique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ou</li> <li>- Échec de prise en charge de niveau 2</li> </ul>	
3b ≥ 50	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique, insuffisance rénale dialysée, transplantés ou en attente de transplantation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impact du poids sur la mobilité avec périmètre de marche &lt; 100 m votre grabatisation/perte d'autonomie due à l'obésité ou             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité de vie fortement dégradée</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monogénique ou</li> <li>- Syndromique</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Échec de chirurgie bariatrique ou</li> <li>- Indication de chirurgie bariatrique avec risque opératoire élevé, âge &gt; 65 ans et &lt; 18 ans</li> </ul>	

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; DT2 : diabète de type 2 ; HTA : hypertension artérielle ; NAFLD (*Non Alcoholic Fatty Liver Disease*) : stéatose hépatique non alcoolique ; NASH (*Non Alcoholic Steato Hepatitis*) : stéatohépatite non alcoolique ; monogénique ou syndromique : obésités de causes rares.



# 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 ≤ IMC < 35	- Pas d'anomalie cardiométabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs)	- Pas d'impact significatif 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	- 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



**CHU  
BDX** mollat  
au os no  
uo ! ois

# Les soirées **SANTÉ**



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  
Partici

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/m<sup>2</sup>, 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 réservier aux situations où les bénéfices escomptés contre-balaient ces risques, notamment chez certains patients atteints d'obésité massive ou d'obésité sévère avec complications graves.

### 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).

Les apports caloriques excessifs sont surtout liés à la forte densité calorique 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 desserts sucrés (2).

Certaines habitudes alimentaires sont aussi impliquées dans la prise de poids, notamment :

- aliments prêts à consommer, souvent peu couteux et à forte densité calorique ;
- restauration rapide (alias fast-food) ;
- taille des portions souvent supérieure aux besoins ;
- grignotage ;
- boissons sucrées (1,7).

La consommation régulière et prolongée d'éducoriants ("sucrines" [tels que l'aspartame, extractum de stévia, saccharin] exposé peut-être à un risque accru d'obésité (8).

Le risque d'obésité est accru quand il existe une pré-disposition génétique ou neuroendocrinienne à la prise de poids (1).

Des troubles hormonaux, notamment les thyroïdiennes, 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 ;

### 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/m<sup>2</sup> ;

- l'obésité modérée : IMC compris entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup> ;
- l'obésité sévère : IMC compris entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> ;
- l'obésité massive, dite morbide : IMC supérieur à 40 kg/m<sup>2</sup> (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).

- perturbation du métabolisme basal ;
- 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 hypoglycémiant ;
- les neuroleptiques (en particulier certains neuroleptiques dits atypiques) ;
- les antidépresseurs ;
- les benzodiazépines ;
- le lithium ;
- des antépileptiques ;
- certains antihistaminiques H1 ;
- les corticoïdes (9).

+ "E13a. Prises de poids par augmentation de la masse grasse médicamenteuse" Interactions Médicamenteuses Prescrire

Les complications de l'obésité augmentent avec son ancénneté et l'importance de l'excès de poids (1). L'obésité à 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/m<sup>2</sup> 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).

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).

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 diabétés de type 2, des hypertension artérielle et des maladies cardiaques. Cela est essentiellement à une augmentation des accidents cardiovasculaires (1).

L'obésité semble 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-oesophagiens ;
- insomnies biliaires ;
- arthrose des genoux ;
- douleurs articulaires ;
- cataractes ;
- retards de cicatrisation des plaies ;
- intertrigo des grands plis ;
- après-nuis du sommeil (1,12,14).

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).

Les modalités du régime doit 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 ;

- pertes de poids excessives ; obstructions intestinales, constipations ; lithiasis biliaires, cholangiectasies\* ; pancréatites ; hypoglycémies (38).

Certains risques sont mal cernés, 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).

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'automutilation et de tentative de suicide (33).

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

- surveiller la fonction rénale, notamment en cas d'augmentation importante ou de troubles digestifs sévères (qui exposent à une déhydratation) ;

- 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).

\*Incrétinomimétiques agonistes du GLP-1 : sémaglutide, tiraglutide, etc.\* Interactions Médicamenteuses Prescrire

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, tiraglutide, etc." Interactions Médicamenteuses Prescrire

La chirurgie bariatrique justifie une surveillance tout au long de la vie, avec notamment un suivi de la renouvellement des anticorps INFα et des anticorps sanguins de la fertilité, 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).

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

- surveiller la fonction rénale, notamment en cas d'augmentation importante ou de troubles digestifs sévères (qui exposent à une déhydratation) ;

- 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).

+ "Tiraglutide ou dulaglutide ou sémaglutide" Infos-Patients Messages-clés Médicamenteux

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 antithrombotiques, les antiépileptiques 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).

La perte de poids après une chirurgie bariatrique a des conséquences sur la tolérance et l'absorption de certains médicaments. Cela justifie parfois une diminution de la dose de médicament quand elle dépasse le 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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques 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).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

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 antithrombotiques, les antiépileptiques ou les immunodépresseurs chez les patients greffés (30,35,36).

La chirurgie bariatrique expose à une diminution de l'abs



# 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 intestinales.



## 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®

# La justification de prescription pour ou contre ?

### LE PRESCRIPEUR

- 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 daucun 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.



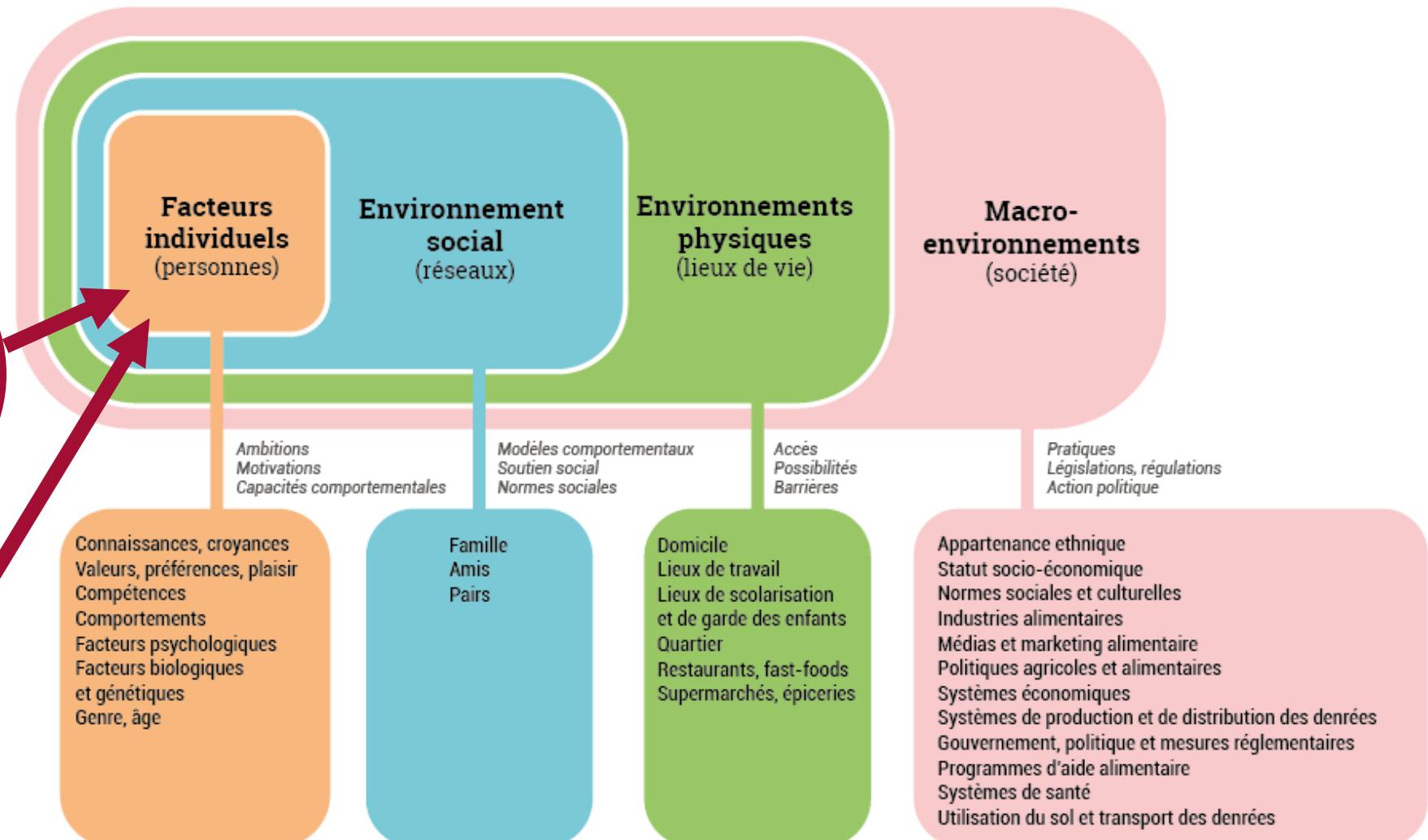
# La flambée des prix alimentaires amplifie les inégalités sociales

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

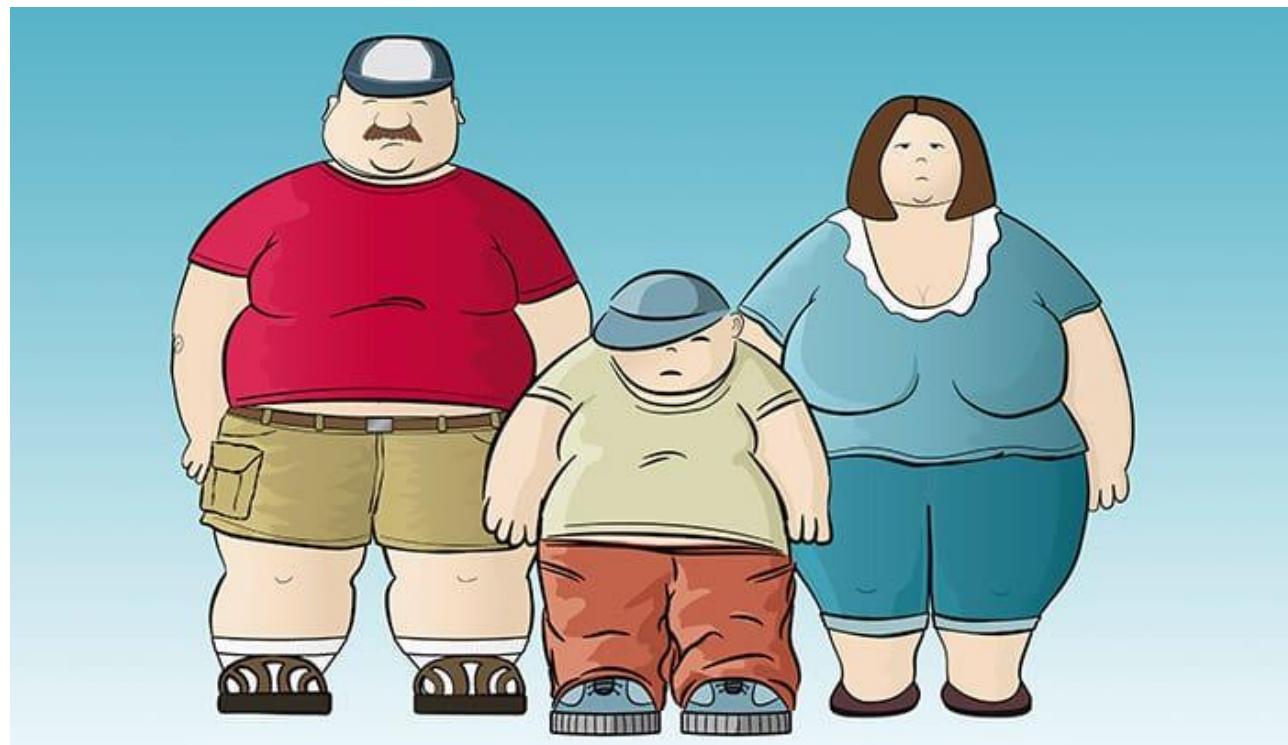
Aujourd'hui à 05h15, modifié à 11h11





Source : adapté de Friand-Perrot, 2018 et de Story et al., 2008  
Réalisation : J.-B. Bouron, Géoconfluences, 2021

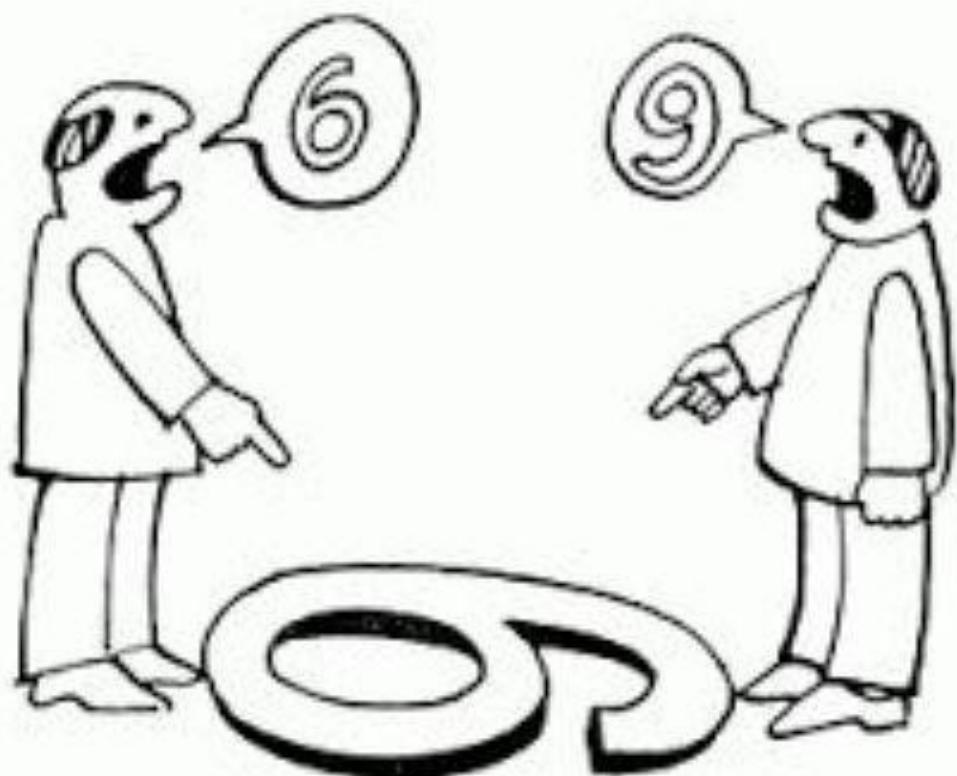
## Question de la norme



# Environnement social (réseaux)

Environnements physiques  
(lieux de vie)

Macro-environnements  
(société)

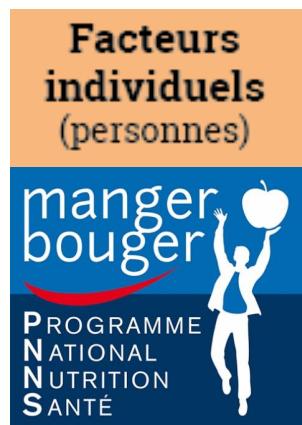
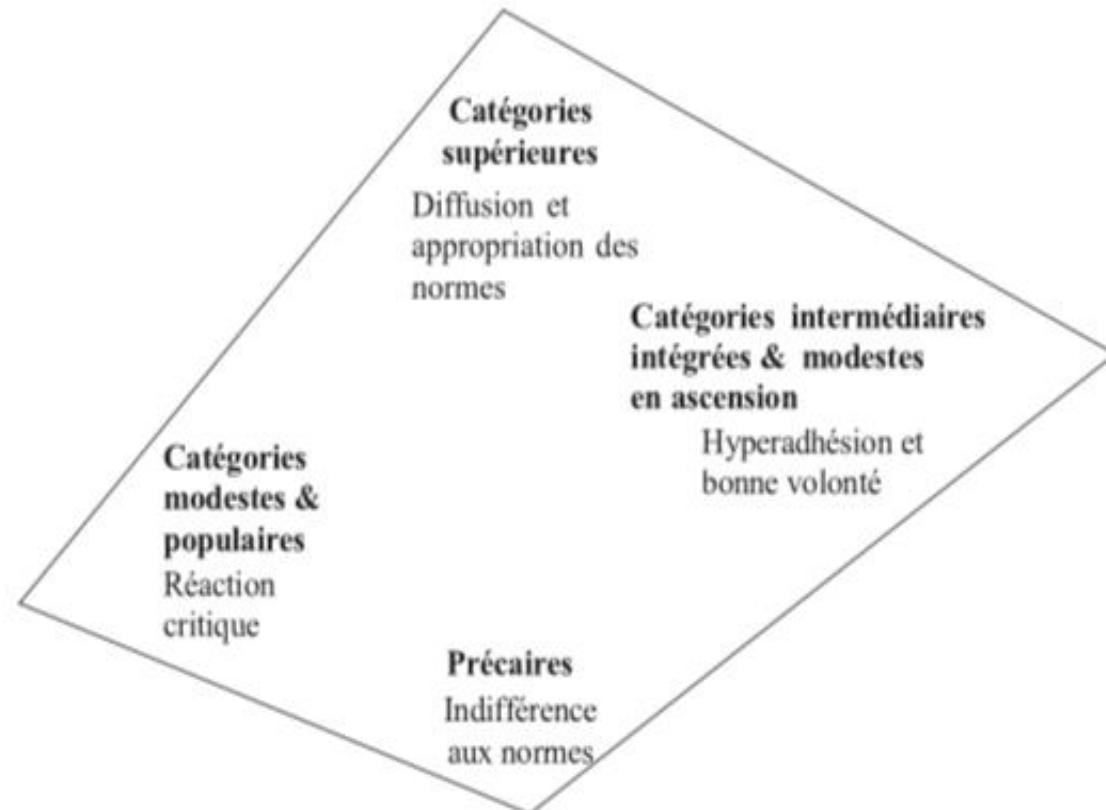


# Environnement social (réseaux)

Environnements physiques (lieux de vie)	Macro-environnements (société)
---	--------------------------------



FIGURE I. – *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

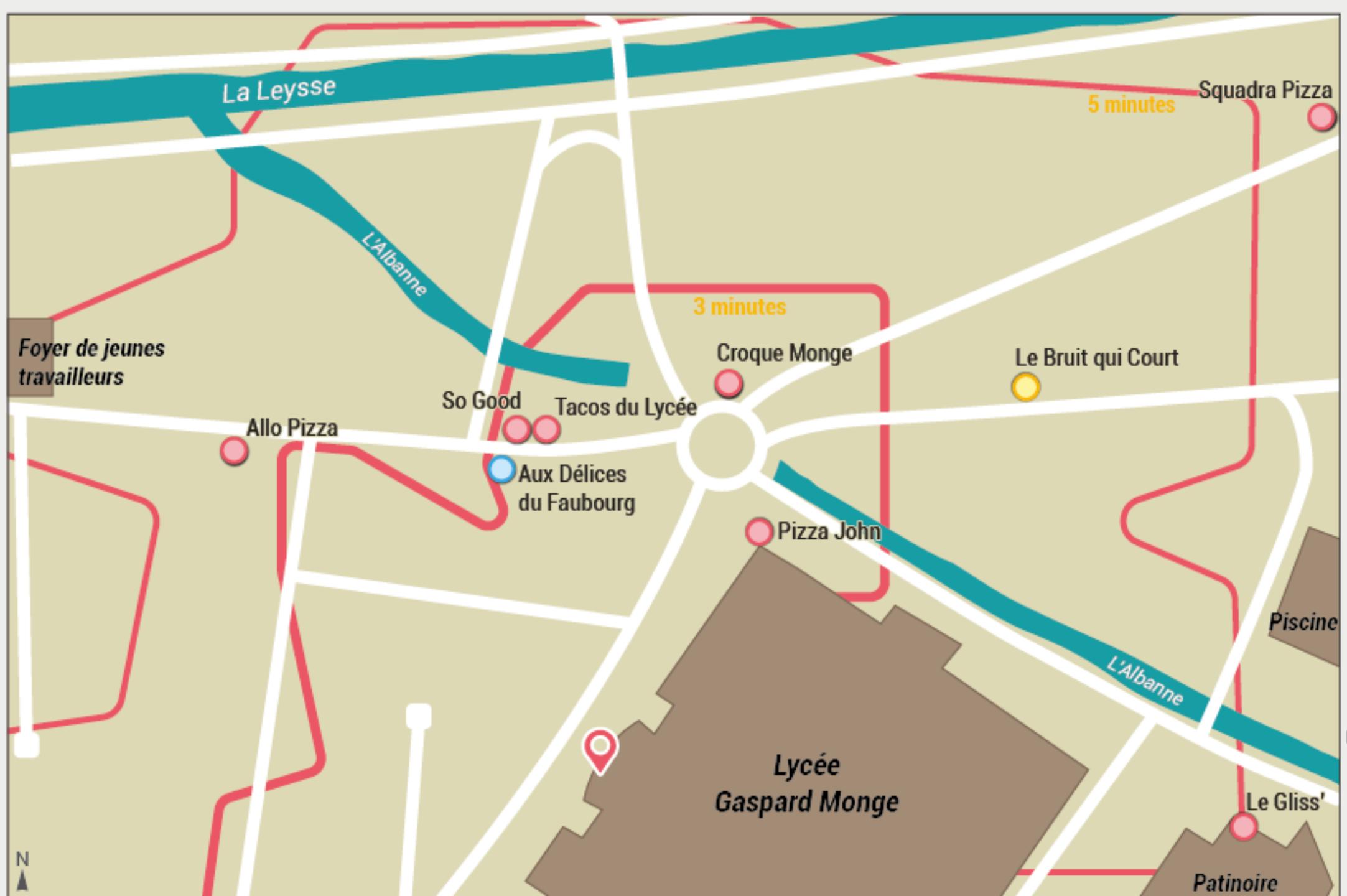
Restaurant

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



## Macro-environnements (société)



Une responsabilité politique

# Macro-environnements (société)



Une responsabilité politique



NCES

## Obésité : le lobbying “scientifique” de Coca-Cola

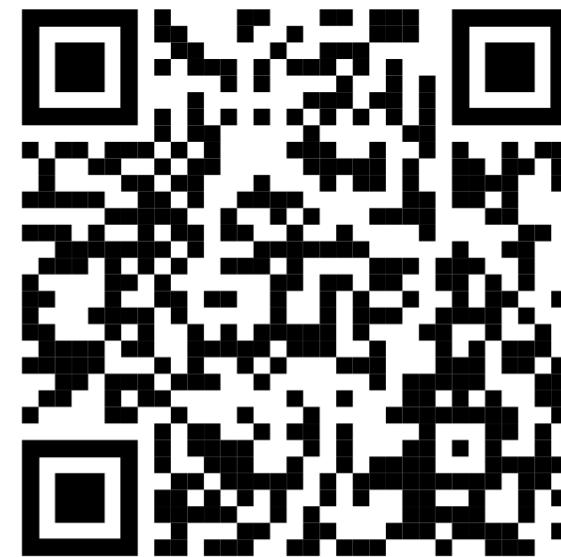
- La firme Coca-Cola, plus grande productrice de boissons sucrées au monde, a cherché à influencer les décideurs et l'opinion publique aux États-Unis d'Amérique pour orienter la lutte contre l'obésité dans le sens qu'elle souhaitait.
- Au cœur de la stratégie de Coca-Cola, un réseau d'universitaires 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

# Une responsabilité scientifique





« 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 »

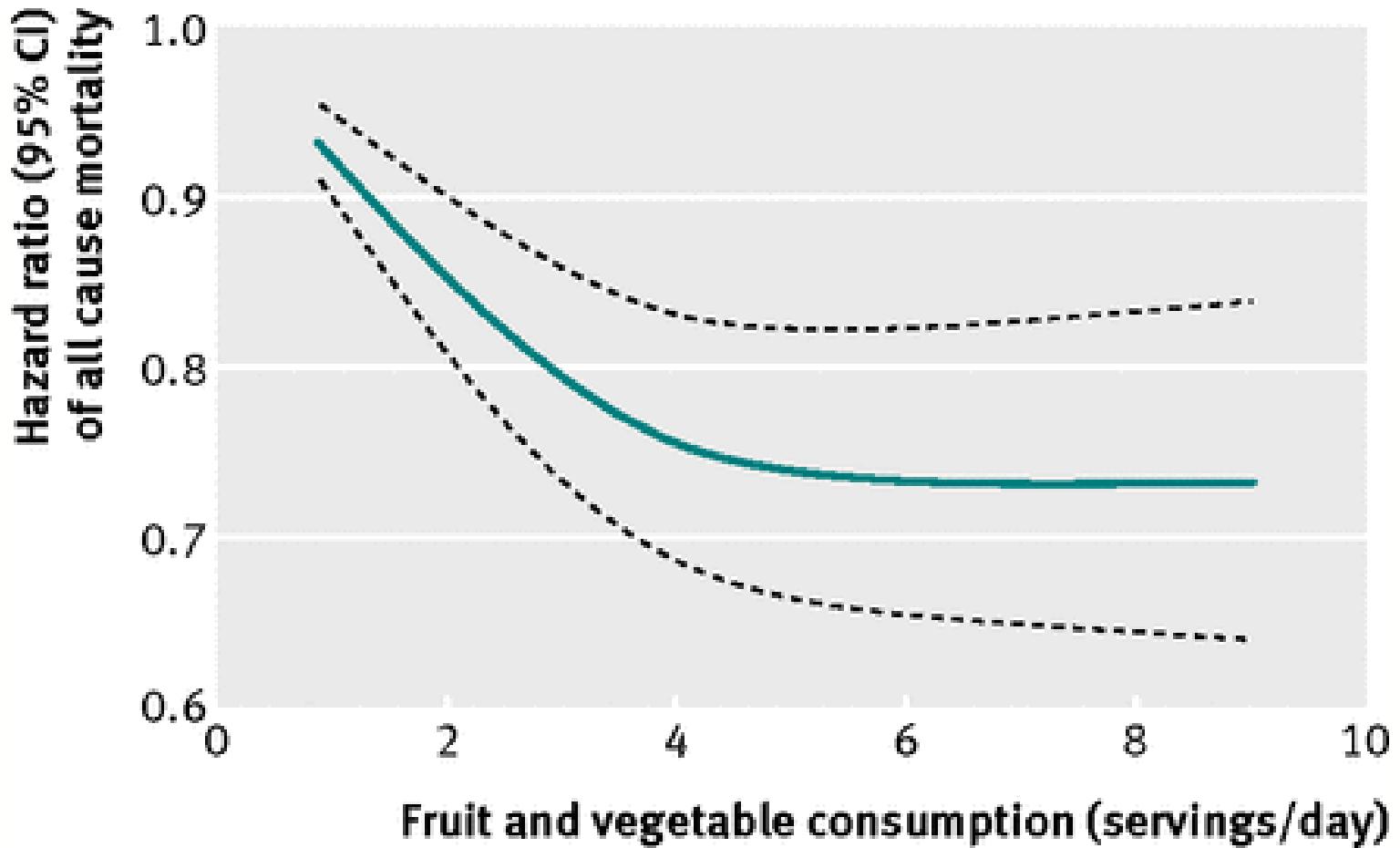


Jérémie Anso

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.



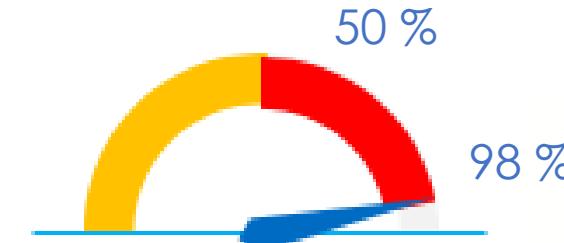
## Avant la prescription d'un traitement anti-obésité, adapter les messages de prévention ?



# Alimentation restrictive en pratique



Demandée par les patients



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

un épisode



x 1,8

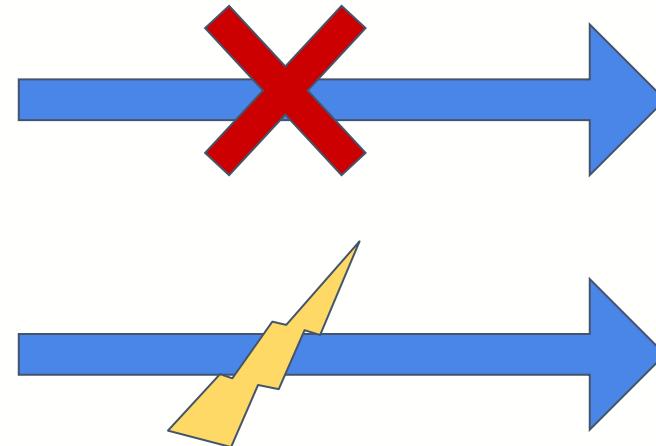
plusieurs  
épisodes



x 2,7      x 5,2

Risque de développer du surpoids après un amaigrissement

# Activité physique en pratique



- Douleurs articulaires
- Comorbidités
- Blessures

**Peu efficace** pour perdre du poids

**Bénéfique** pour la santé

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

Duclos et coll. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et l'adulte (2010) Ciangura et Oppert Activité physique et contrôle pondéral (2009) Chekroud SR et coll. Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. Lancet Psychiatry (2018) Janney et Jakicic The influence of exercise and BMI on injuries and illnesses in overweight and obese individuals : randomized control trial (2010)