



Les nouveaux traitements médicamenteux de l'obésité : le début de la fin?

Dr Mosbah Héléna, MCU-PH

Mr Romain Lecomte, diététicien

Centre Spécialisé Obésité Poitou-Charentes

Vendredi 24 Avril 2026

18^{ème} Journée de formation des CLAN



Présentation clinique



- **Mme P, 42 ans**

- *Antécédents :*

- ✓ Syndrome des ovaires polykystiques
- ✓ Syndrome d'apnées du sommeil appareillé
- ✓ Reflux gastro-œsophagien
- ✓ Douleurs articulaires
- ✓ Stéatose hépatique

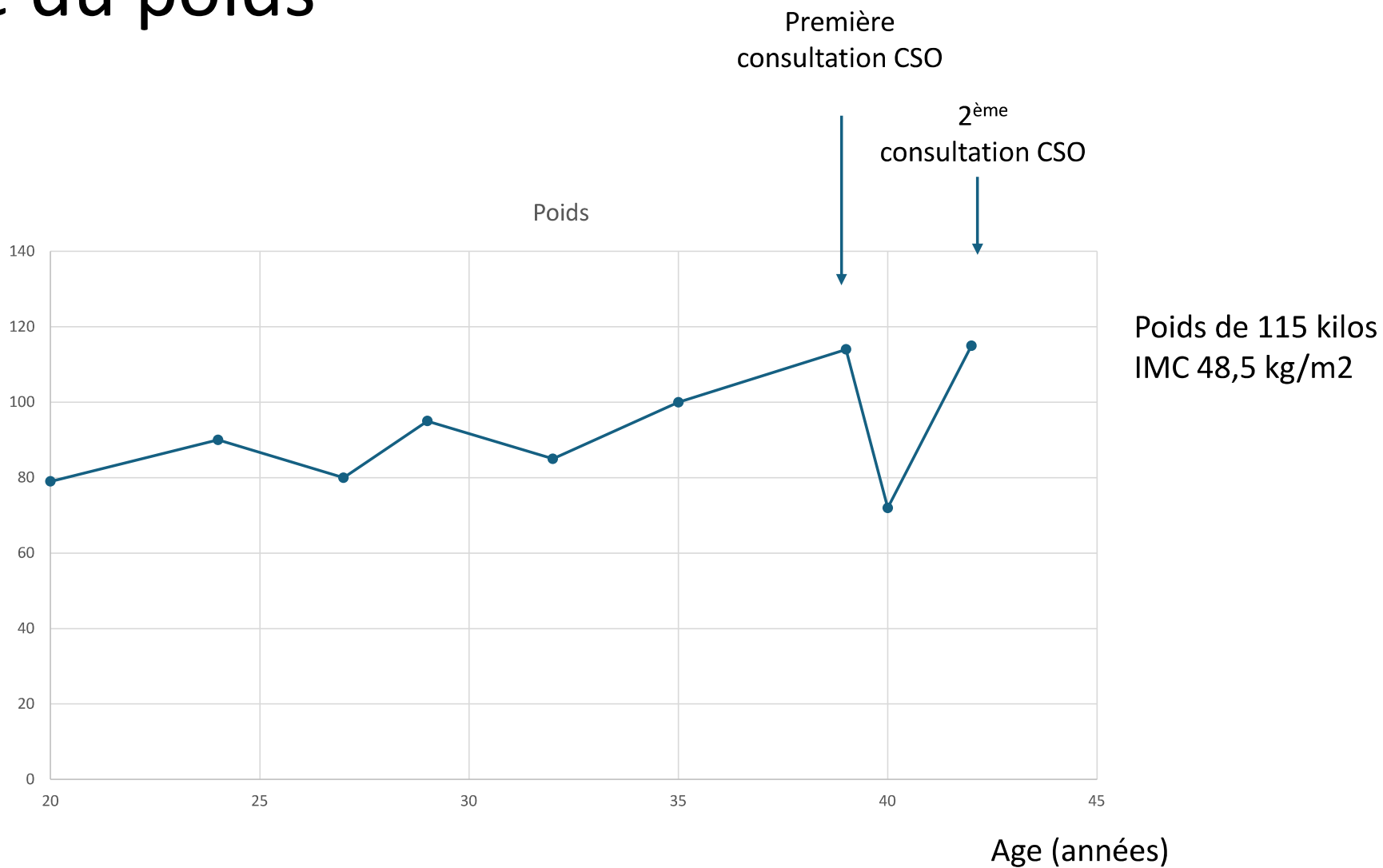
- *Sur le plan gynécologique:*

- ✓ Pas d'enfants, GOP0
- ✓ Pas de projet de grossesse

- *Mode de Vie :*

- ✓ Ostéopathe
- ✓ Pas de contexte d'addictions
- ✓ Très sédentaire

Histoire du poids



Question posée par la patiente

- La patiente a entendu parler des traitements médicamenteux de l'obésité (TMO)
- Elle veut absolument reperdre ses 40 kilos !



Que pensez-vous de la prescription d'un
TMO pour Mme P ?



Les médicaments incrétinomimétiques : molécules disponibles



Liraglutide
Simple agoniste GLP1-R

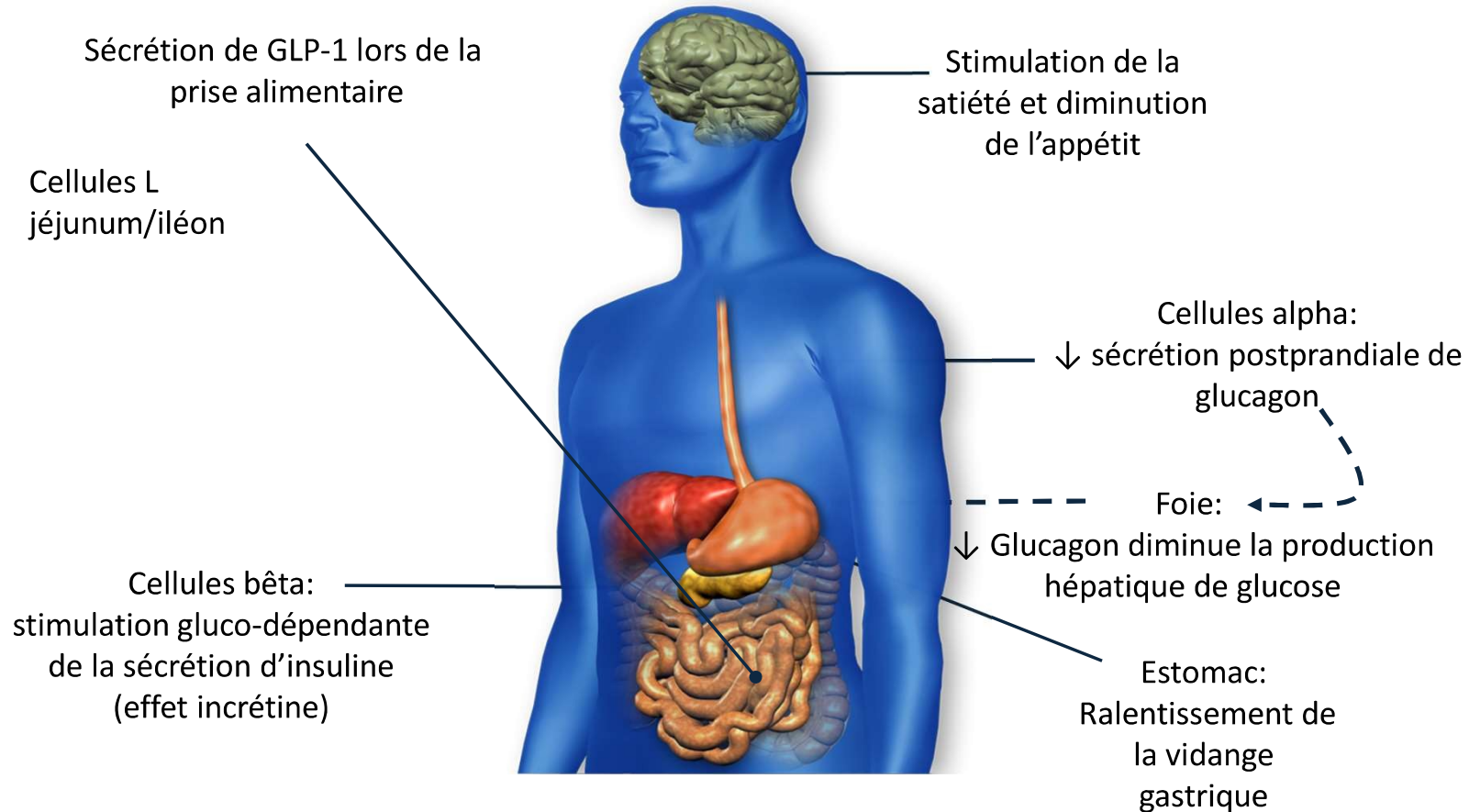
Sémaglutide
Simple agoniste GLP1-R



Tirzépatide
Double agoniste GIP-R et GLP1-R



Le rôle glucorégulateur du GLP-1



Prescription : AMM

LIRAGLUTIDE (Saxenda®)

- Simple agoniste GLP1-R
- **Quotidien**
- A partir de 12 ans.



SEMAGLUTIDE (Wegovy®)

- Simple agoniste GLP1-R
- Hebdomadaire
- A partir de 12 ans



TIRZEPATIDE (Mounjaro®)

- **Double agoniste GIP-R et GLP1-R**
- Hebdomadaire
- **A partir de 18 ans**



- ❖ Aucun n'est remboursé pour l'obésité sans DT2
- ❖ **AMM : IMC > 27 avec 1 comorbidité ou IMC > 30 kg/m²**
- ❖ **Respect de l'AMM mais à privilégier pour les niveaux 2/3 d'obésité**

Quand introduire les TMO ?

Les TMO sont une prise en charge de deuxième intention

- En 1ère intention, prise en charge :
 - nutritionnelle (dont l'alimentation émotionnelle),
 - comportementale (incluant le dépistage et la prise en charge des TCA*, l'évaluation de la qualité du sommeil et la gestion du stress)
 - en activité physique (selon les recommandations HAS 2022)
- **Après prescription**, le médecin doit assurer le suivi régulier sous TMO
 - plus ou moins aidé d'un expert de la nutrition (diététicien ++)
- Il doit informer le patient que **le traitement n'est actuellement pas remboursé**
 - informer les patientes en âge de procréer qu'elles doivent prendre une contraception efficace
 - informer le patient des bénéfices et des signes d'alerte*
 - se référer à la liste des non-indications ou des prudenances d'utilisation



Et cela,
pendant une durée de 6 mois,
n'ayant pas permis d'atteindre
les objectifs personnalisés



TMO contre indiqués
pendant grossesse et allaitement

La prise en charge de l'obésité ne se résume pas à un objectif pondéral :
elle doit viser à améliorer les comorbidités et la qualité de vie

Quelle efficacité pondérale des TMO ?

Cinétique de perte de poids :

- la perte de poids s'étale sur 12 mois
- puis se stabilise au long cours sous traitement : plateau

Liraglutide 3 mg/j (56 sem)	104 kilos
Semaglutide 2,4 mg/sem (68 sem)	98 kilos
Tirzepatide 5 mg/sem (72 sem)	98 kilos
Tirzepatide 10 mg/sem (72 sem)	93 kilos
Tirzepatide 15 mg/sem (72 sem)	91 kilos

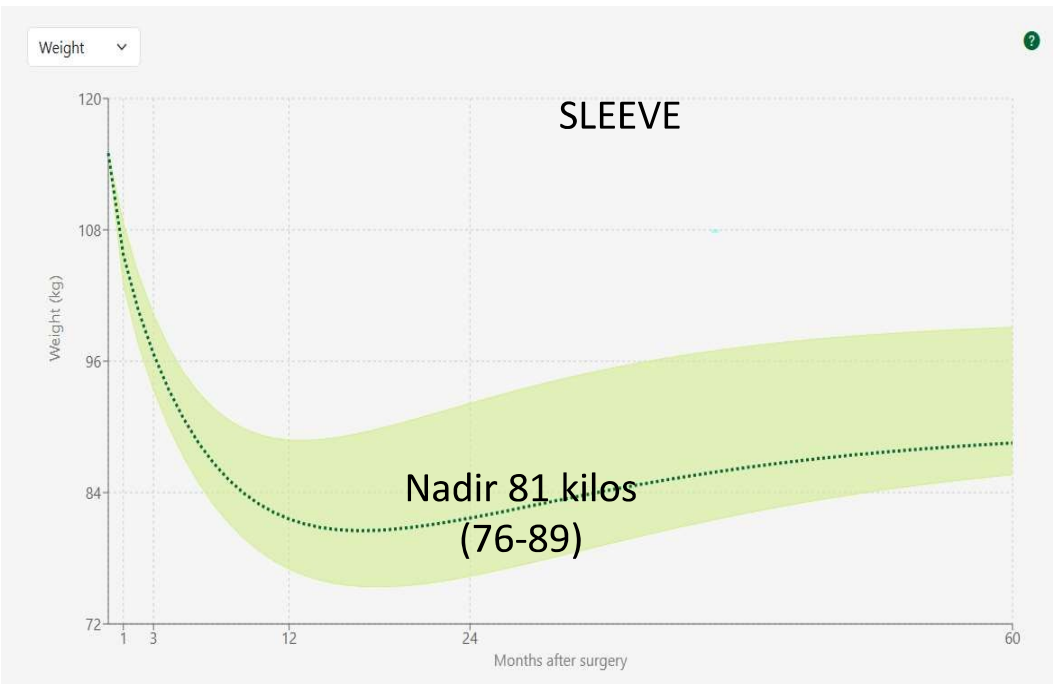
Efficacité pondérale :

- L'importance de la perte de poids dépend de la molécule et de la dose utilisée
- variabilité des réponses : plus efficace chez femmes, jeunes, sans comorbidité (notamment sans DT2)

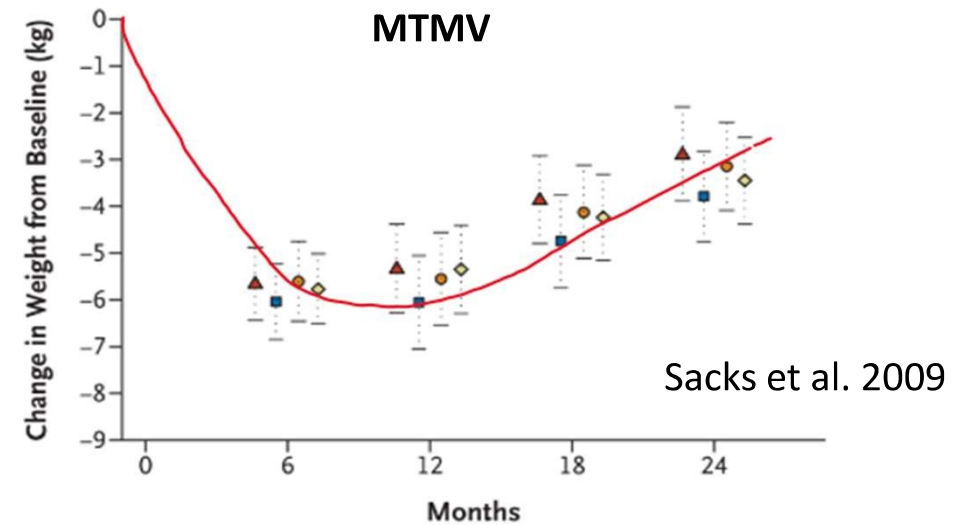
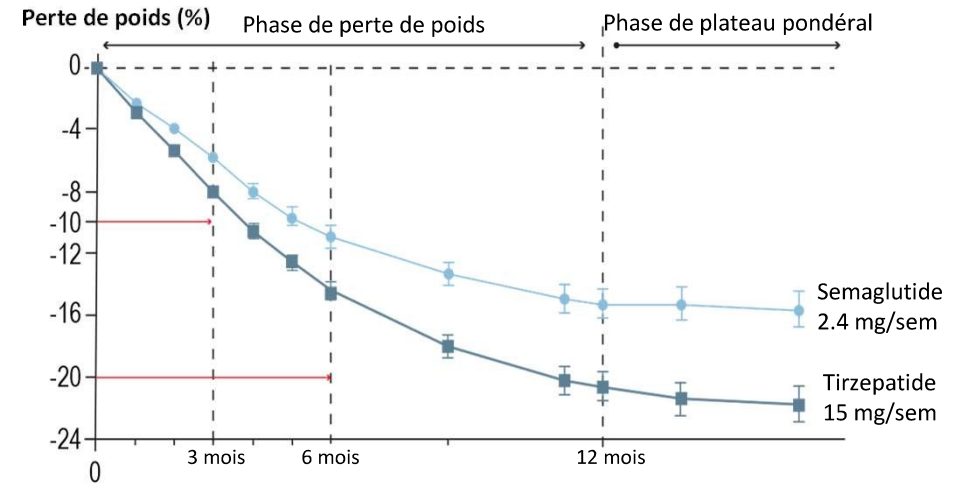
Perte de poids moyenne en %

Liraglutide 3 mg/j (56 sem)	8%
Semaglutide 2,4 mg/sem (68 sem)	15%
Tirzepatide 5 mg/sem (72 sem)	15%
Tirzepatide 10 mg/sem (72 sem)	19,5%
Tirzepatide 15 mg/sem (72 sem)	21%

Résultats comparatifs chez Mme P



Bariatric Weight Trajectory Prediction



Des effets bénéfiques...au-delà de la perte de poids



Gonarthrose

Sémaglutide

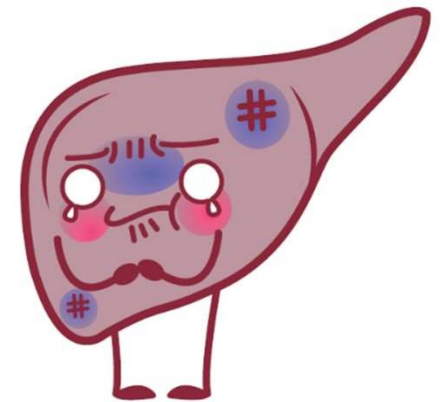
Bliddal, NEJM, 2024



Apnées du sommeil

Tirzépate

Malhotra, NEJM, 2024



Maladie métabolique du foie

Sémaglutide

Sanyal, NEJM, 2025

Comportement alimentaire de Mme P

« Cela m'arrive souvent de consommer de grandes quantités de nourriture, alors que je n'ai pas faim. Quand ça m'arrive, je mange jusqu'à en avoir mal au ventre. Après ça, je culpabilise énormément, mais ça ne m'empêche pas de recommencer. Mais bon, je ne me fais jamais vomir. »

Questionnaire Binge
Eating Scale
Score à 34 (> 17)

Brunault, l'Encéphale, 2016

HYPERPHAGIE BOULIMIQUE

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie + perte de contrôle
- B. Au moins 3 critères suivants
 - ingestion en très peu de temps
 - jusqu'à distension abdominale inconfortable
 - sans faim et sans rassasiement
 - repas isolé
 - culpabilité/dégoût
- C. Au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois.
- D. Souffrance marquée
- E. Absence de comportements compensatoires

Critères DSM V

Comment réagissez-vous, face au diagnostic d'une hyperphagie boulimique, vis-à-vis de la demande de la patiente ?



Impact des TMO sur le comportement alimentaire



Impact des TMO sur le comportement alimentaire

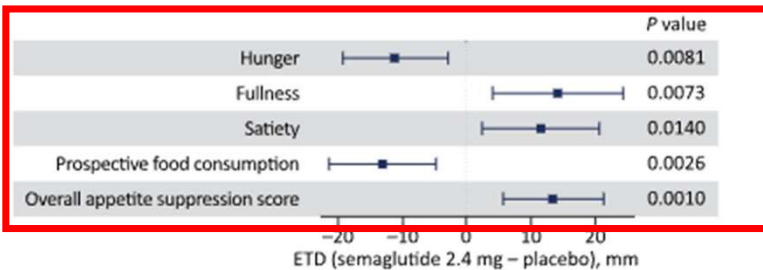


FIGURE 3 Postprandial appetite ratings after standardized breakfast at week 20. Overall appetite suppression score calculated as: (satiety + fullness + [100 - hunger] + [100 - prospective food consumption]) / 4. Each endpoint was analysed using the analysis of covariance model with baseline value of the respective endpoint as covariate and treatment as factor. The figure shows the estimated treatment difference for semaglutide versus placebo (boxes) and 95% confidence interval (whiskers). CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference; VAS, visual analogue score

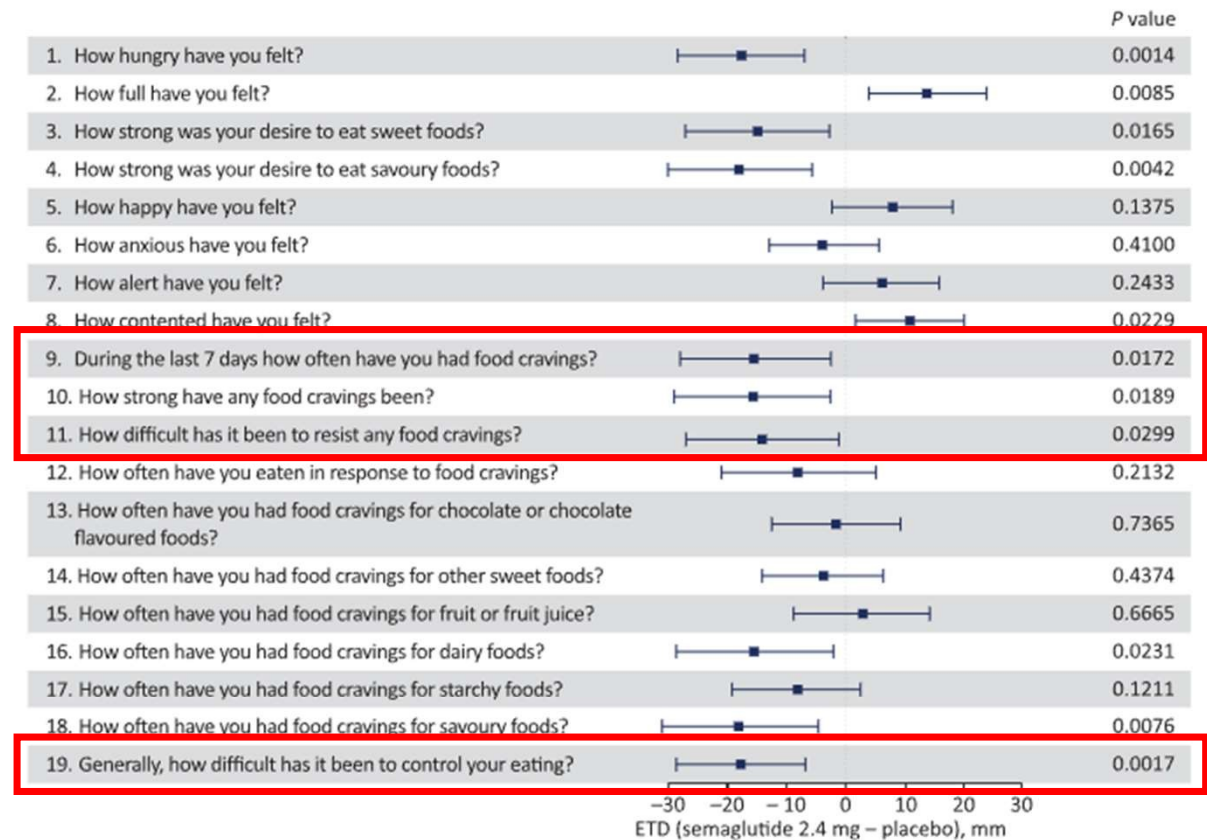
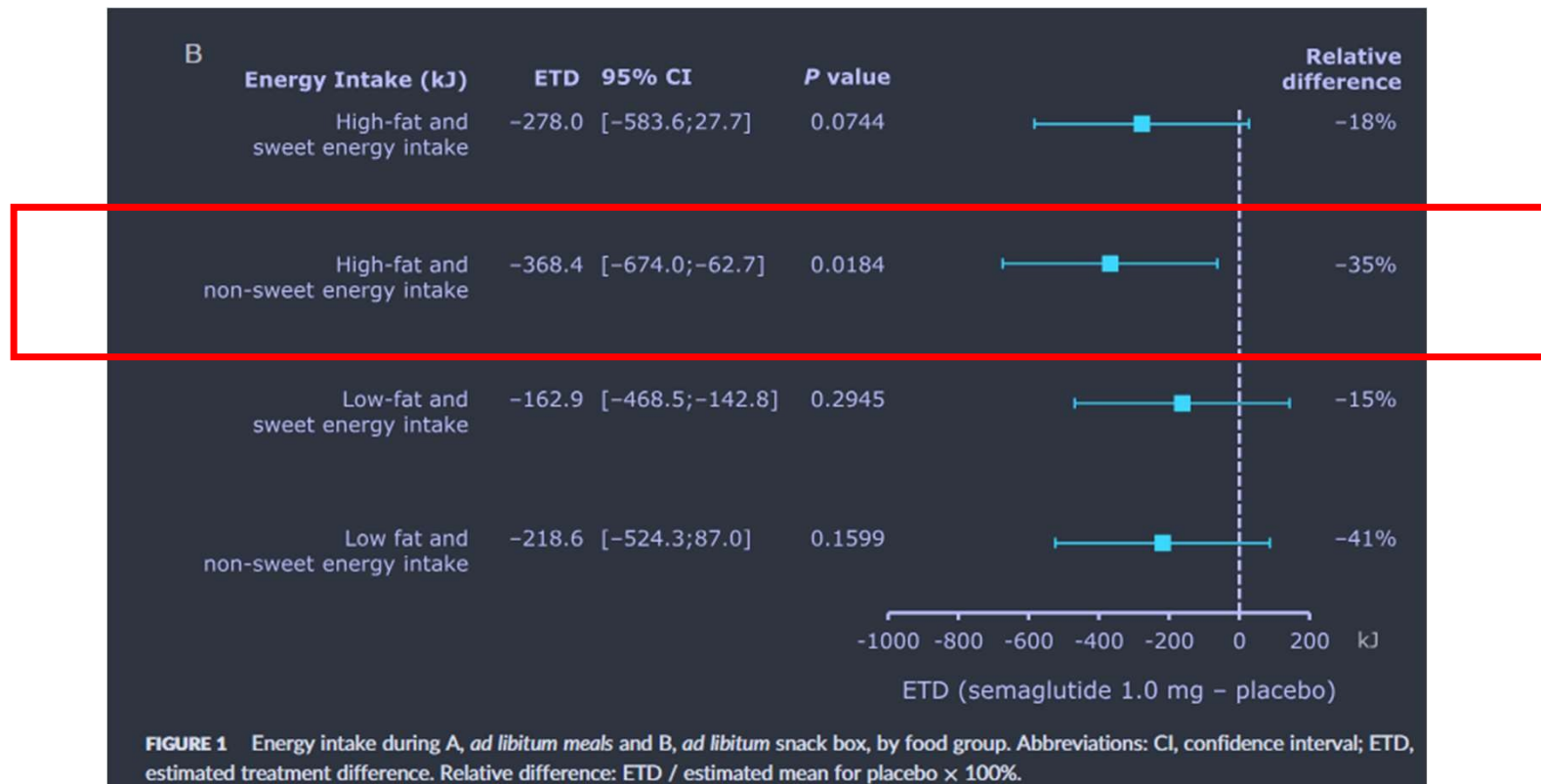
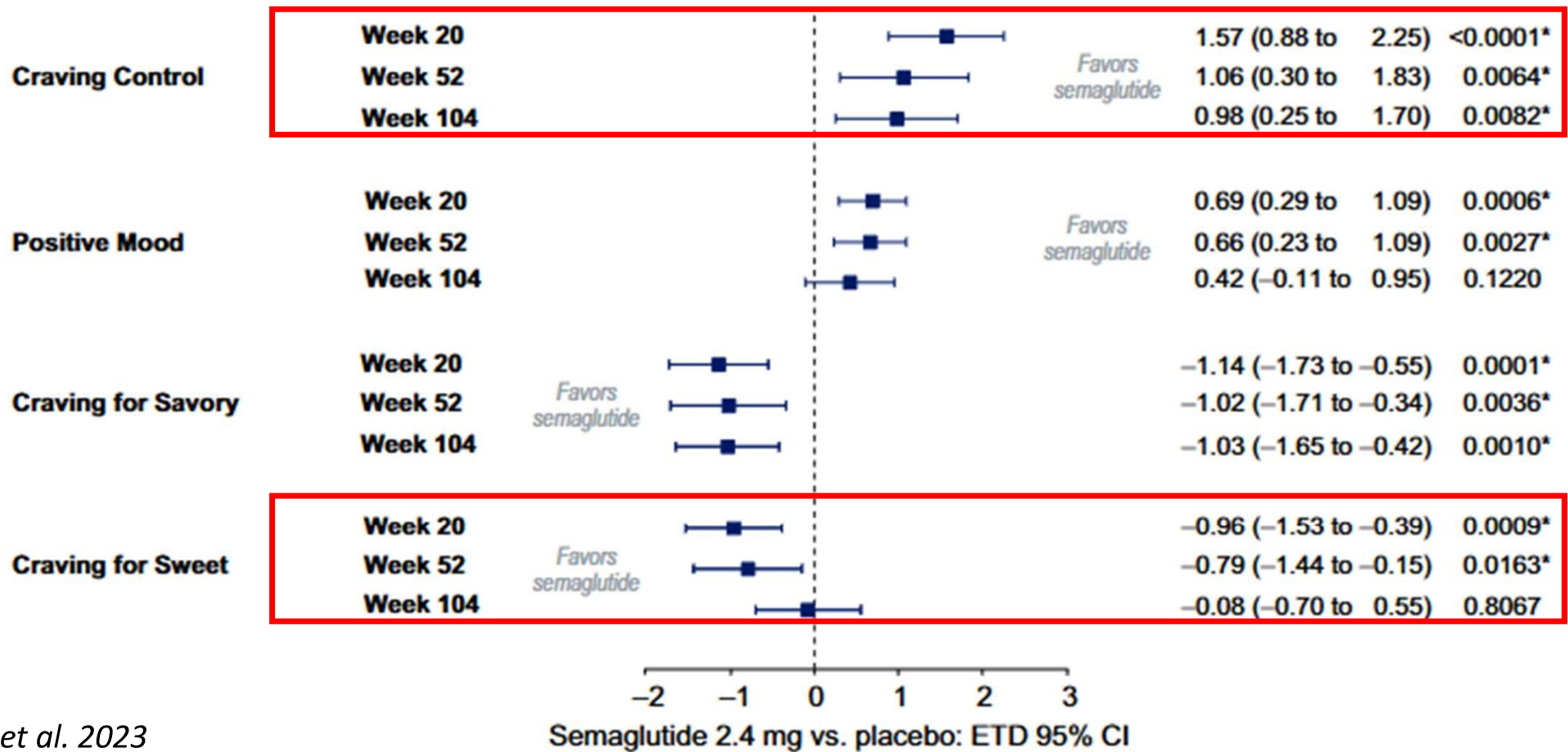


FIGURE 4 Control of eating and food cravings evaluated by the Control of Eating Questionnaire visual analogue scale at week 20. The Control of Eating Questionnaire was completed by participants at the end of the 20-week treatment period (day 141), based on their experience over the prior 7 days. Individual scores for each question were analysed using separate analysis of covariance models with change from baseline as response, baseline value of respective question as a covariate and treatment as factor (post hoc analysis methodology). The figure shows the estimated treatment difference (ETD) for semaglutide versus placebo (boxes) and 95% confidence interval (whiskers)

Impact des TMO sur le comportement alimentaire





Wharton et al. 2023

Effet durable ?

FIGURE 2 Change in Control of Eating Questionnaire domain scores at weeks 20, 52, and 104. Data are for the in-trial observation period and are based on the treatment policy estimand (i.e., scores from participants who did not discontinue treatment or receive a rescue intervention). Item scores represent subject experience from 0 (not at all) to 10 (extremely) over the last 7 days. Responses were analyzed using ANCOVA, with randomized treatment as a factor and baseline value of the respective item or domain as a covariate. A multiple imputation approach was used, in which missing data were imputed by sampling from available measurements at week 104 from participants in the same treatment group. *P* values are not adjusted for multiplicity. *Significant difference between semaglutide 2.4 mg and placebo ($p < 0.05$). ETD, estimated treatment difference

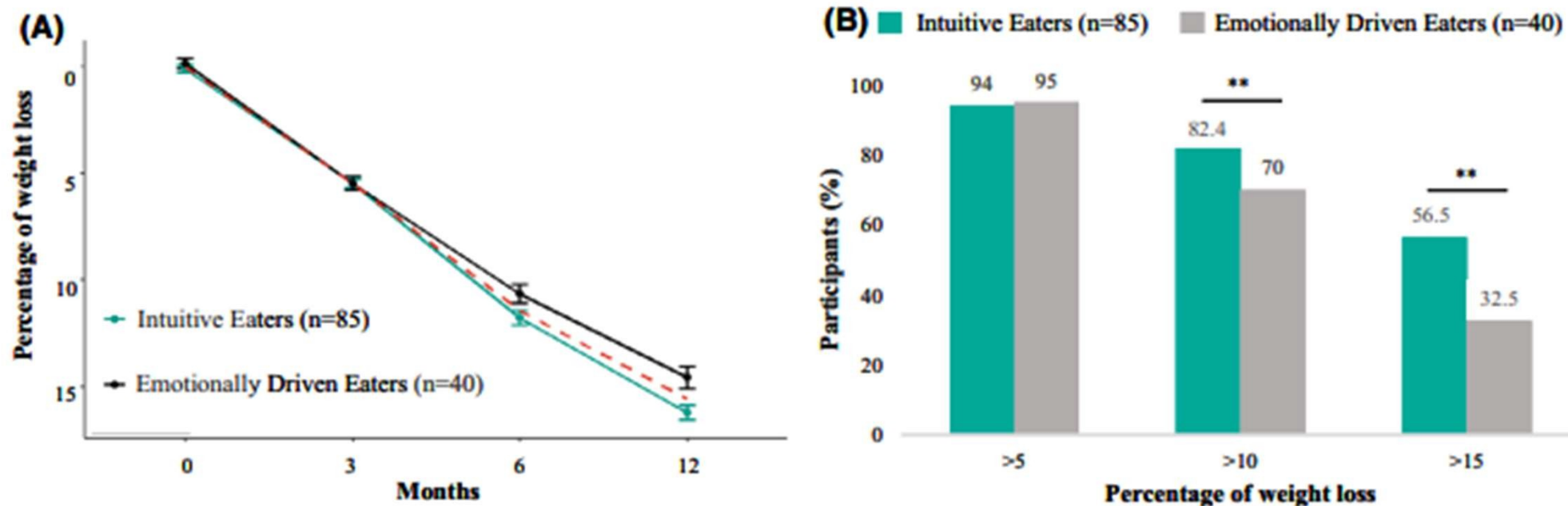


FIGURE 3 Weight loss under semaglutide 2.4 mg/week by group (Emotionally Driven Eaters Group vs. Intuitive Eaters Group). (A) Percentage of weight loss at 3, 6, and 12 months. (B) Weight-loss categories at 12 months post-treatment initiation. ** $p < 0.001$. [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Et sur l'hyperphagie boulimique ?

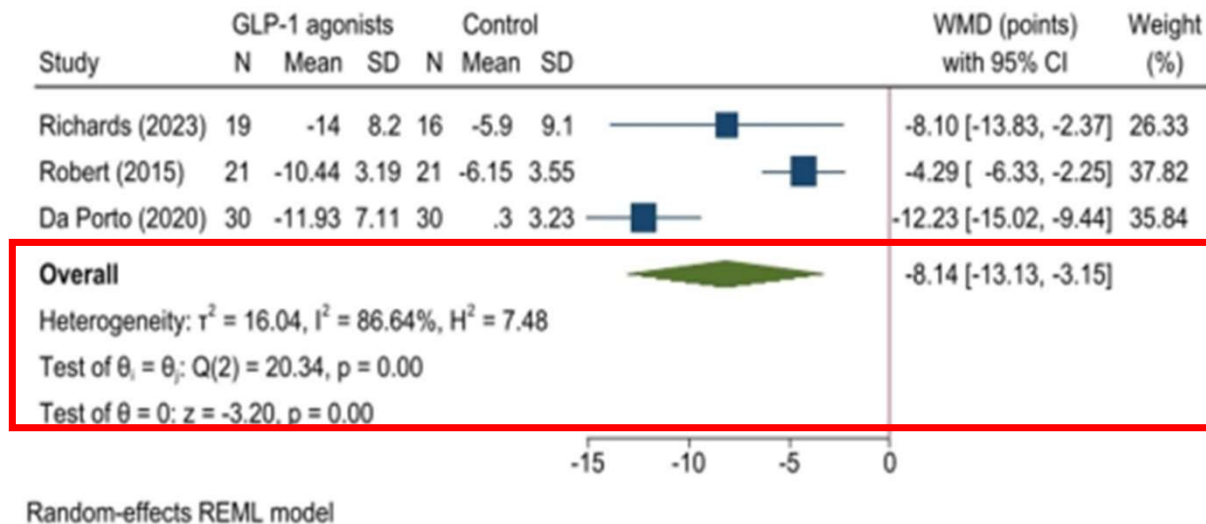


Fig. 5 Forest plot for analysis comparing the BES score (points) in patients with BED administrated with GLP-1 agonist (GLP-1 agonist) to controls (control) at follow-up. This forest plot presents the weighted mean difference (WMD) with 95% confidence intervals (CI) for BES score (points) in patients with BED administrated with

GLP-1 agonist (GLP-1 agonist) compared to controls (control). Each study's sample size (N), mean, and standard deviation (SD) for treatment and control groups are shown. The diamond shapes represent pooled estimates, with the overall effect size at the bottom. Heterogeneity statistics and p -values are also provided

Mme P. : prise en charge

- Prescription de Sémaglutide (WEGOVY®)
- Prise en charge en parallèle du TCA



- **Proposition de en charge par équipe de psychiatrie formée aux TCA**
- **Introduction de fluoxétine jusque 60 mg par jour**

	M0	M3	Différence
DEBQ AE	3,5	3,8	+0,3
BES	34	24	-10



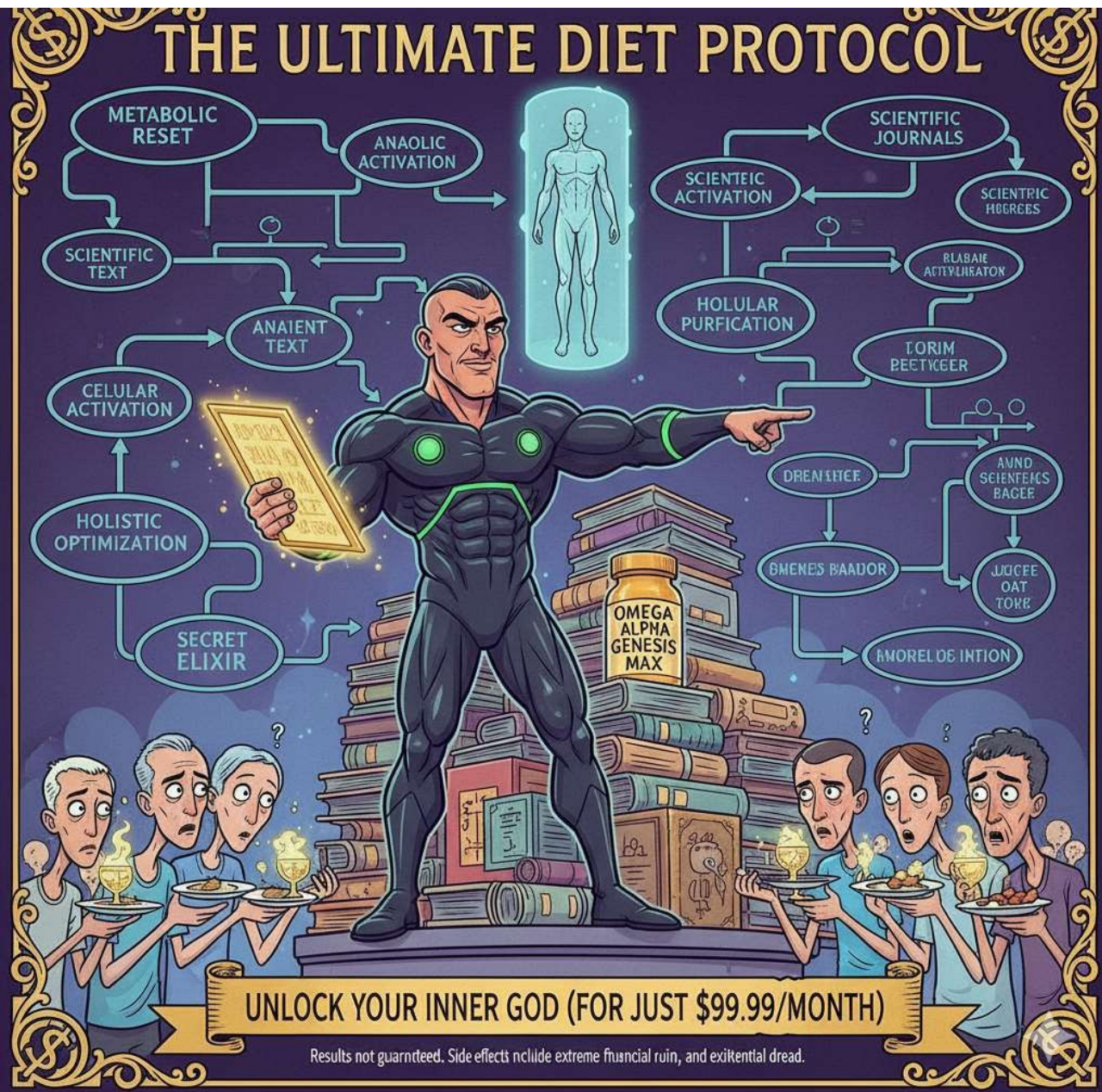
Fenêtre d'opportunité?

Diminution	Augmentation
<ul style="list-style-type: none">• Faim• Craving• Intérêt pour la nourriture• Impulsivité alimentaire	<ul style="list-style-type: none">• Satiété• Rassasiement• Troubles digestifs?

L'ALIMENTATION INTUITIVE

QUAND CORPS & ESPRIT S'UNISSENT





Comment adaptez-vous l'alimentation de Mme P sous TMO ?



Impact sur l'apport énergétique

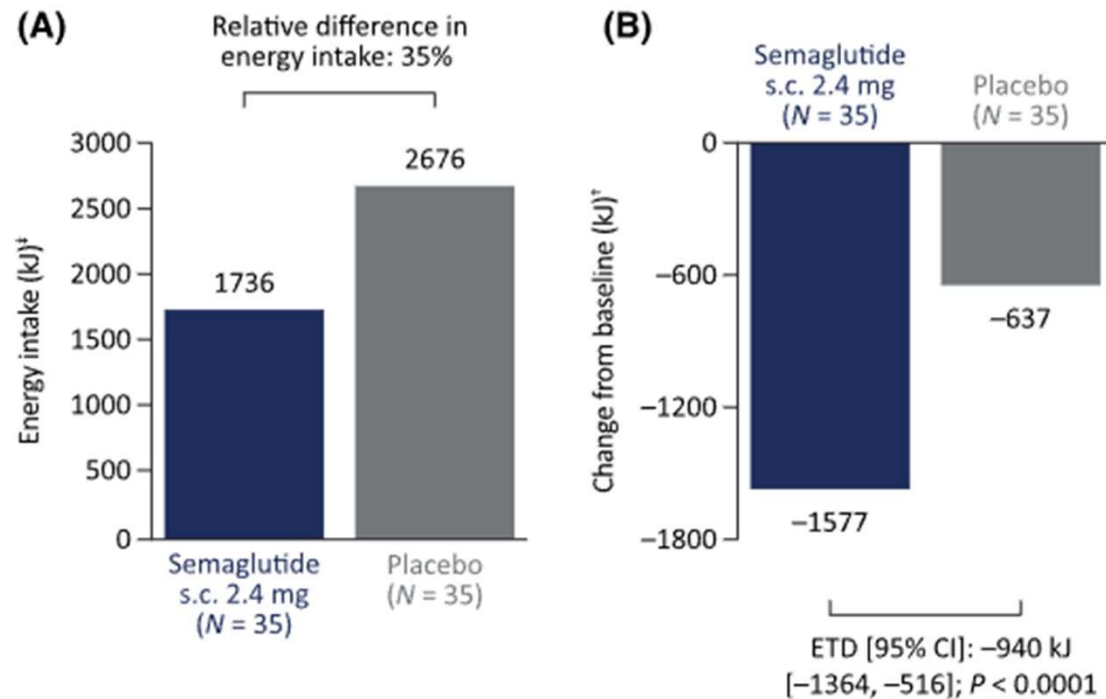


FIGURE 2 Ad libitum lunch energy intake at week 20 (A) and change from baseline in ad libitum lunch energy intake at week 20 (B). Estimates were calculated from analysis of covariance (ANCOVA) models using baseline energy intake of 3313 kJ, which corresponds to the average baseline value for all participants (semaglutide and placebo groups) who contributed to the analysis. [†]Obtained from an ANCOVA model with energy intake at baseline as a covariate and treatment as a factor. [†]Obtained from an ANCOVA model with change from baseline value to week 20 as response, energy intake at baseline as a covariate and treatment as a factor. CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference; s.c., subcutaneous

Evolution de Mme P.

	M0	M3	Différence
Kcal	1870	1880	+10
Protéines (g)	92	67	-25 (-27%)

Composition corporelle

- Jusqu'à 45% du poids perdu sous forme de masse maigre

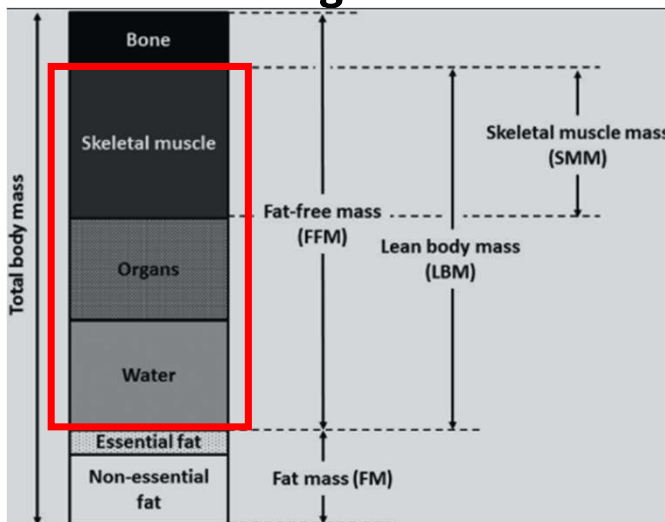


TABLE 1 Summary of glucagon-like peptide-1 receptor agonist effects on lean mass/volume in randomized clinical trials.

Pharmacological agent	Population	Measurement	Body weight change from baseline in kg or litres (%) ^d	Lean change from baseline in kg (%)	Fraction lost (or gained) of lean mass/volume as a proportion of total weight loss (%)
Semaglutide (STEP-1) ¹	BMI ≥ 30 kg/m ² or BMI ≥ 27 kg/m ² + comorbidity No diabetes	DXA (lean mass)	-15.3 (-14.9%)	-6.92 (-13.2%) ^a	-45.2% ^a
Semaglutide (SUSTAIN-8) ³¹	Type 2 diabetes	DXA (lean mass)	-5.3 (-6.0%) ^a	-2.3 (-4.5%) ^a	-43.4% ^a
Tirzepatide (SURMOUNT-1) ²	BMI ≥ 30 kg/m ² or BMI ≥ 27 kg/m ² + comorbidity No diabetes	DXA (lean mass)	-22.1 (-20.9%) ^b	-5.67 ^c (-10.9%)	-25.7% ^c
Liraglutide + lifestyle (Neeland) ^{32,33}	BMI ≥ 30 kg/m ² or BMI ≥ 27 kg/m ² + metabolic syndrome No diabetes	MRI (lean volume)	-6.75 (-6.6%)	-1.02 (-2.5%) ^c	-15.0% ^a
Liraglutide (Lundgren) ³⁴	BMI ≥ 32 kg/m ² No diabetes	DXA (lean mass)	-0.7 (-0.7%) ^a	0.0 (0.0%) ^a	0.0% ^a
Liraglutide + exercise (Lundgren) ³⁴			-3.4 (-3.5%) ^a	0.5 (+0.8%) ^a	+14.7% ^a

Abbreviations: BMI, body mass index; DXA, dual energy x-ray absorptiometry; MRI, magnetic resonance imaging.

^aValue back calculated using reported mean baseline and mean absolute change.

^bValue reflecting maximum mean observed change reported (15 mg dose).

^cTotal body lean mass estimated from MRI lean volume measured between knees and vertebra T9 according to published association and equation (PMID: 29581385).

^dDXA measurements are mass in kilograms and MRI measurements are volume in litres.

^eEstimated using maximum mean observed weight change reported (15 mg dose).

Evolution de Mme P

	M0	M3	Différence
Poids / IMC	111,6kg / 47kg.m ²	102,8kg / 42,4kg.m ²	-8%
Masse grasse (%/kg)	50,6% / 56,4kg	51,1% / 52,5kg	+1,1% / -3,9kg (44% du poids perdu)
Masse maigre (%/kg)	49,4% / 55,1kg	48,9% / 50,2kg	-0,5% / -4,9kg (55% du poids perdu)
Masse de muscles squelettiques (kg)	25,6	23,5	-2,1kg
IMMS	22,9	22,8	-0,1

FRUITS ET LEGUMES

Privilégier : fruits entiers riches en fibres, légumes sans amidon et de toutes les couleurs
Limiter : jus avec sucres ajoutés, produits en conserve, sauces
Cible : femmes: 21-25g de fibres, hommes: 30-38g de fibres



1/2 de l'assiette

QUE MANGER SOUS TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DE L'OBESITE ?



PROTEINES

Privilégier : poissons, viandes blanches, yaourts non sucrés, légumineuses
Limiter : viandes transformées / viandes grasses
Cible : >60g/j
 1,5g/kg de poids ajusté/j
 Elargir pour sujets âgés ou post-bariatriques

MATIERES GRAISSEUSES

Privilégier : Graisses riches en oméga-3, huile d'olive et huiles végétales, fruits oléagineux et graines, poissons gras
Limiter : beurre, huile de coco, graisses saturées
Cible : 27-58g de graisses (20-35% des Kcal)



HYDRATATION

Privilégier : eau, boissons à faible teneur en sucres
Limiter : sodas sucrés ou édulcorés, alcool, café
Cible : >1,5 L/j



MICRONUTRIMENTS

Assurer des apports suffisants en :
 - Vitamines du groupe B (B9, B1, B12, B6 et B2)
 - Vitamines liposolubles (A, D, E et K)
Considérer supplémentation en vit D, calcium ou multivitamines



Au moins 2 repas par jour

Prendre le temps de manger (>20 minutes)
 Bien mâcher et Ecouter ses sensations alimentaires

ACTIVITE PHYSIQUE

Exercices en endurance
 Renforcement musculaire



FIGURE 8

Conseils alimentaires sous TMO pour permettre une bonne tolérance/efficacité des TMO sans induire de risques carentiels, la conduite à tenir en cas de carences nutritionnelles est abordée dans la partie VI

Document remis au patient au CSO

Au cours d'une journée



Manger 2 à 3 repas par jour

Prendre 1 à 2 collations par jour

Manger au moins 2 produits laitiers par jour



08 : 00

12 : 00

19 : 00

Petit-déjeuner

Collation

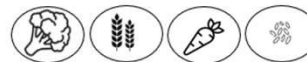
Déjeuner

Collation

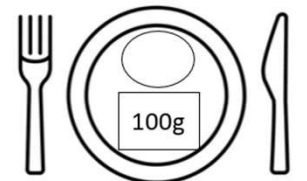
Diner

Au cours d'un repas

En accompagnement
manger des aliments
d'origine végétale
(légumes verts,
céréales complètes,
légumineuses)



Midi et soir manger
systématiquement
un aliment riche en
protéines



Début de repas :
Si vous n'avez pas faim,
mettez vous quand même
à table tant que vous
perdez du poids



Couper les aliments et faire de petites bouchées

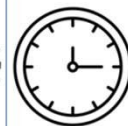


Faire des bouchées mixtes et mâcher jusqu'à
ce que l'accompagnement soit réduit en purée

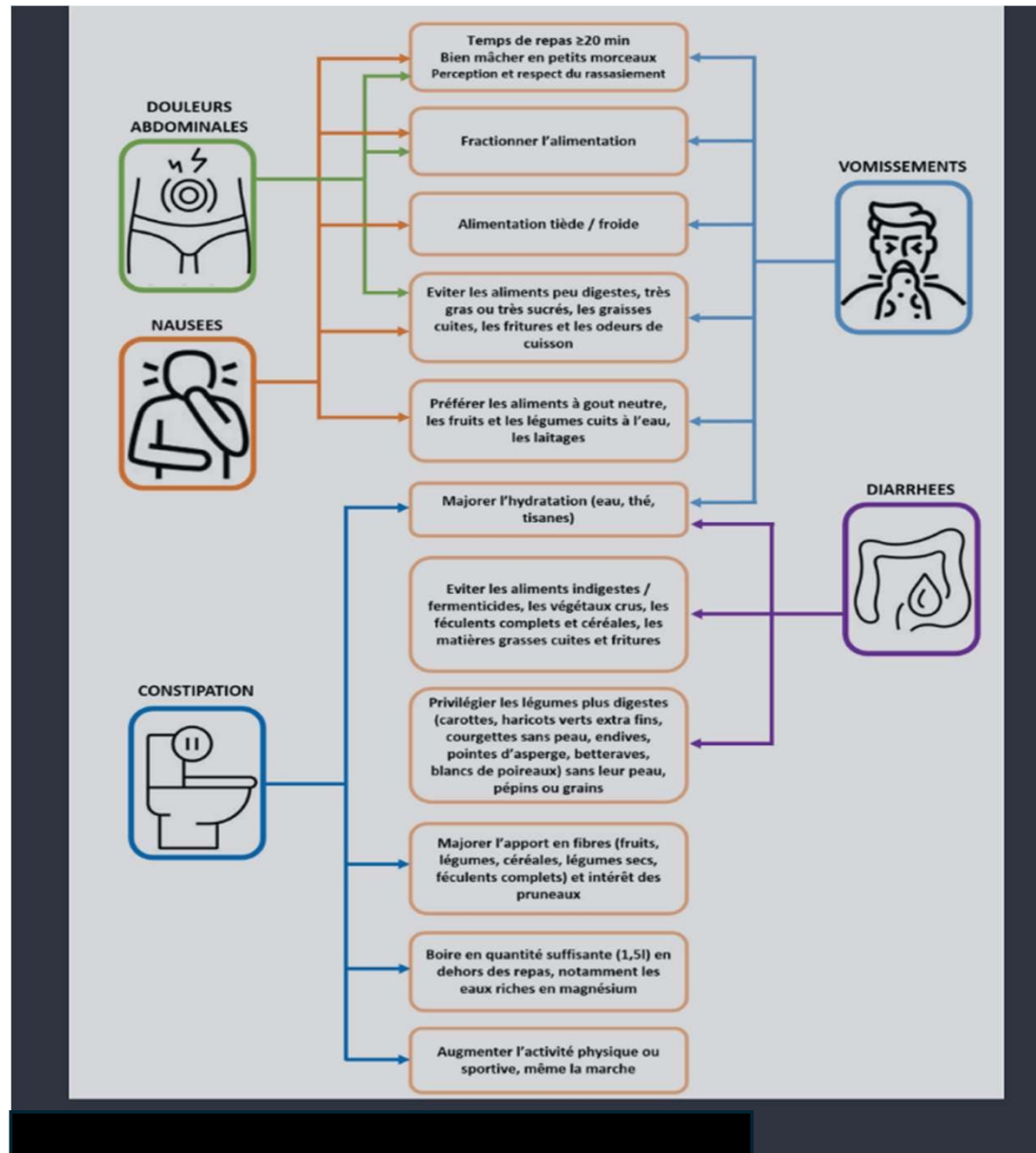


Ne buvez pas pendant le repas

Fin de repas : arrêtez de manger quand vous êtes rassasiés :
- disparition de la faim
- plénitude gastrique sans que ça ne gêne
- Diminution de la perception de la diversité des saveurs



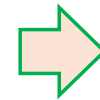
Prise en charge diététique des effets secondaires sous TMO



Prévenir le risque nutritionnel après l'introduction du TMO

Identification des situations à risque

- Réduction drastique (> 50 %) des apports alimentaires ou aphasie; identifier l'apparition d'un trouble alimentaire restrictif
- Perte de >10% à 3 mois ou >20% à 6 mois
- Atteinte d'un IMC < 18,5kg/m²
- Décompensation d'une pathologie qui peut être associée à une carence en micronutriments (neuropathie périphérique, insuffisance cardiaque)
- Signes cliniques évocateurs de carence en micronutriments
- Apparition de troubles digestifs d'intensité sévère
- Vomissements importants (situation à risque de Gayet Wernicke)



Dans ces situations,

Prescrire le bilan suivant

- NFS, plaquettes, ionogramme,
- coefficient de saturation, ferritine
- CRP
- créatinine, clairance (CKD EPI), albumine, calcémie, vitamine B9 et B12.

Prescrire une polyvitamine

Adressage vers un psychologue si détérioration de l'état psychologique

Dans ces situations, proposer une désescalade de dose ou un arrêt temporaire voire définitif.
Prendre avis auprès d'un expert de la nutrition si situation clinique préoccupante.

Take-home messages



- Les TMO sont des traitements efficaces pour perdre du poids et améliorer les complications de l'obésité, **s'ils sont pris au long cours**
- Le TMO n'est pas le traitement de l'hyperphagie boulimique, mais peut être proposé sous réserve **d'une prise en charge adéquate du TCA**
- Les professionnels formés en nutrition doivent connaître les effets attendus du TMO sur le comportement alimentaire et le contenu de l'alimentation
- Ils doivent pouvoir alerter en cas de **situation à risque nutritionnel**

Ressources utiles



Recommandations



Parcours de soin



Document d'information patient

- <https://www.obesitefrance.fr/image/7315/1563?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=1240&realHeight=1654&force-inline>
- <https://www.obesitefrance.fr/image/7315/1565?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=1240&realHeight=1754&force-inline>
- <https://www.obesitefrance.fr/image/7315/1564?size=!800,800®ion=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=1240&realHeight=1754&force-inline>
- Site du GCC-CSO: lien sur les actualités dans l'obésité
<https://www.obesitefrance.fr/lobesite-cest-quoi>

Merci de votre attention

Site web CSO Poitiers



chu-poitiers.fr/specialites/centre-specialise-obesite/



Diplôme Inter Université Nutrition, Alimentation, Santé

<https://ecandidat.appli.univ-poitiers.fr/>

Contacts :

- helena.mosbah@chu-poitiers.fr
- romain.lecomte@chu-poitiers.fr
- csopc@chu-poitiers.fr

Organisation de la Journée Territoriale de l'Obésité annuelle (juin 2026)



12^{ème} Journée Territoriale de l'Obésité

Vendredi 12 juin 2026

UFR Santé – Université de Poitiers

Amphithéâtre Côme et Damien

9 h – 16 h



programme & inscription



9h15 : Ouverture de la journée *Mme Emmanuelle De Lavalette, Directrice du CSO*

9h25 – 09h45 : Best Papers/ Actualités scientifiques autour de l'obésité, *Dr Mathilde Merckx-Fraty, endocrinologue, Dr David Soussi-Berjonval, chirurgien, CHU de Poitiers*

09h45 – 10h15 : Le parcours de la transition chez les adolescents en situation d'obésité : l'exemple du CSO de Tours, *Dr Karine Bernardo, pédiatre, CHU de Tours*

10h15 – 10h45 : Prise en charge de l'obésité en situation de déficience intellectuelle, *Pr Christine Poitou-Bernet, PH endocrinologue-nutrition, AP-HP Pitié Salpêtrière*

10h45-11h15 : Pause et visite des exposants

11h15 – 12h15 : Communications orales :

Obésité pédiatrique : naissance d'un hôpital de jour au CHU de Poitiers, *Equipe CSO Pédiatrique, CHU de Poitiers*

Données de morbi mortalité chez les personnes âgées en situation d'obésité : données issues de l'entrepôt de santé, *Nathanaël Bassas Letissier, interne en gériatrie, CHU de Poitiers*

Effets d'un entretien motivationnel sur l'activité physique mesurée par actimétrie chez les personnes en situation d'obésité, *Ema Haffemayer, étudiante en Master 1 ingénierie de la rééducation, du handicap et de la performance motrice, Aurélien Maqua, enseignant APA, CSO, CHU de Poitiers*

Promouvoir l'activité physique adaptée : l'exemple des marches hebdomadaires de l'association les Grammes Innés, *Mme Marina Maury, Présidente*

12h15-13h30 : Pause déjeuner

13h30 – 14h00 : Techniques mini-invasives en chirurgie bariatrique : regards croisés sur la robotique et la coelioscopie, *Dr Marie Laure Blanleuil, Dr Laurence Cerati Robert, Dr Emmanuel Hoarau, chirurgiens, CH Rochefort, David Soussi Berjonval, Pr Jean Pierre Faure, chirurgiens, CHU de Poitiers*

14h00 – 14h30 : Normes sociales et alimentation, *Dr Stéphane Jouffre Maître de Conférences, psychologie sociale/sciences comportementales, Université de Poitiers (CeRCA, UMR CNRS 7295)*

14h30 – 15h15 : Rebond pondéral après chirurgie bariatrique : quelles réponses ? *Dr Philippe Topart, chirurgien, Clinique de l'Anjou*

15h15 – 16h00 : Les traitements médicamenteux de l'obésité au cœur du débat, *Romain Lecomte, diététicien, Dr Héléna Mosbah, Endocrinologue, CHU de Poitiers*

16h00 : Clôture de la journée, *Dr Héléna Mosbah*

	M6	M12	M18	M28	M40
Dose	1,7mg	2,4mg	2,4mg	1mg	0 depuis 3 mois
Poids (kg)	95,7	85,3	87	92	97,9
% perte de poids	-14%	-23,5%	-22%	-17,5%	-12,3%
AET	-	1190kcal	1900kcal	-	-
Protéines	-	30g (10%)	54g (11,5%)	-	-
Masse grasse	-	38,8kg (45,6%)	37kg (42,5%)	43kg (46,8%)	-
Masse maigre	-	46,4kg (54,4%)	50kg (57,5%)	48,9kg (53,2%)	-
MMS	-	-	-	22,4kg	-
IMMS	-	-	-	24,3%	-