PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE EN 2025

Pr Anne Dutour, Dr Adèle Lasbleiz
CSO PACA-Ouest

PACA OUEST
CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ

CERON PACA

Aix*Marseille université

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap hm

Progression de l'obésité de 1997 à 2012

Obésité

1997 : 8,2 %

+ 17%

2000 : 9,6 %

+ 5.9% / an

+ 17%

2003 : 11,3 %

+ 9 %

2006 : 12,4%

+ 3.5 %

2009 : 14.5%

2012 : 15%

1997 : 3 566 000

2000 : 4 221 000

2003 : 5 388 0

2006 : 5 900 000

2009: 6 500 000

OBEPI 2012

EN FONCTION DES REVENUS DU FOYER

En 2012 comme dans chaque étude ObÉpi depuis 1997, il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité.

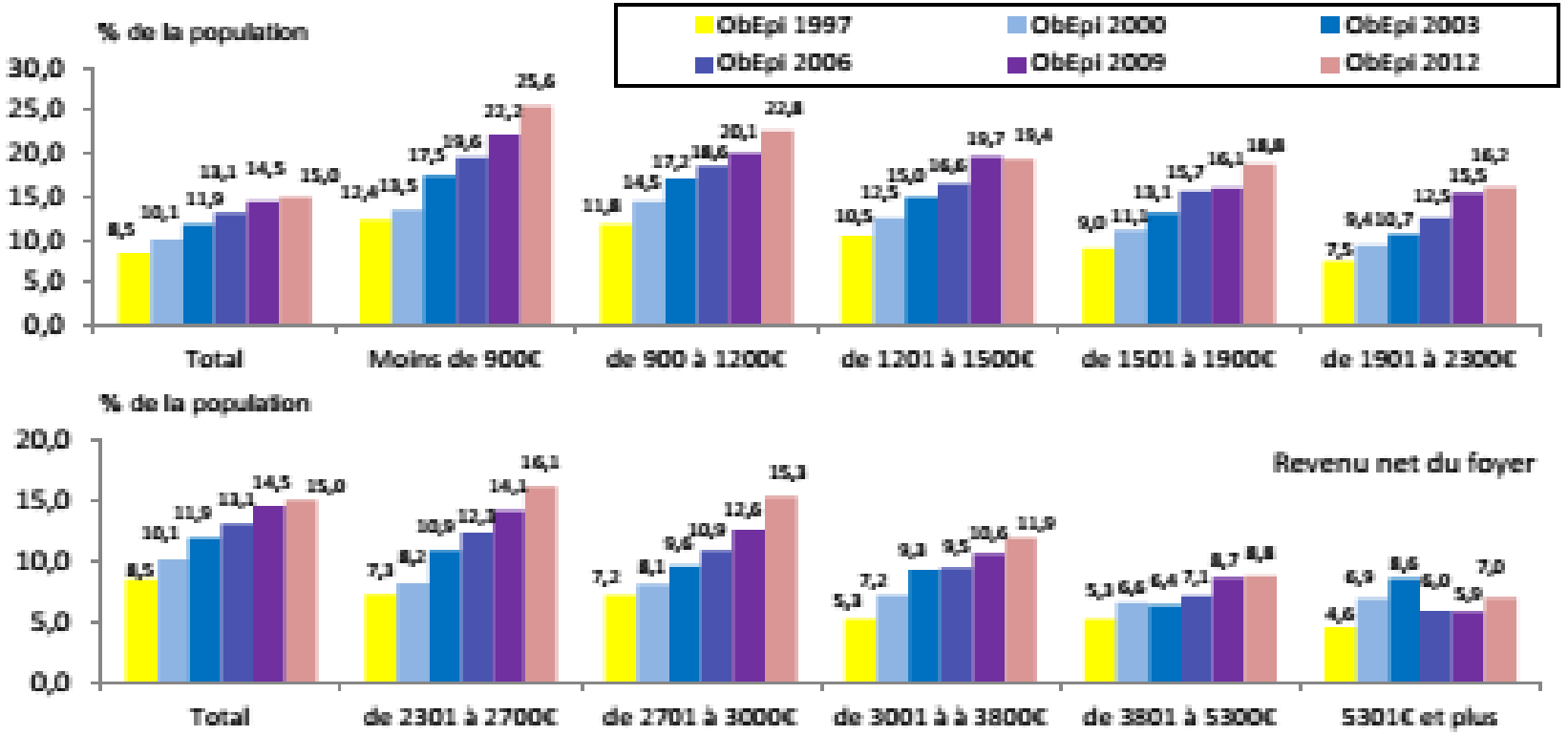
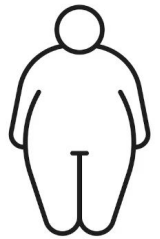


Figure 30 : Répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997

25.6 %
revenu 900

7 %
revenu 5000

L'OBESITE EN 2024 : Quelques chiffres et définition

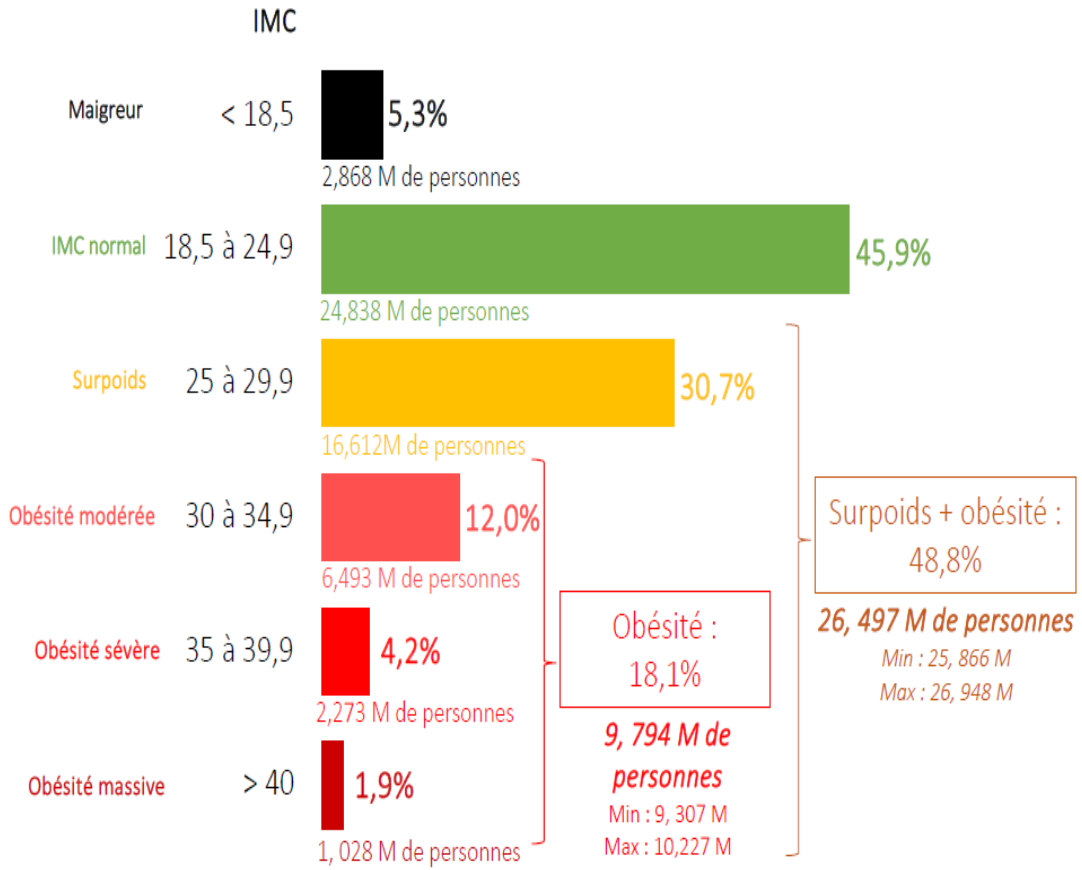


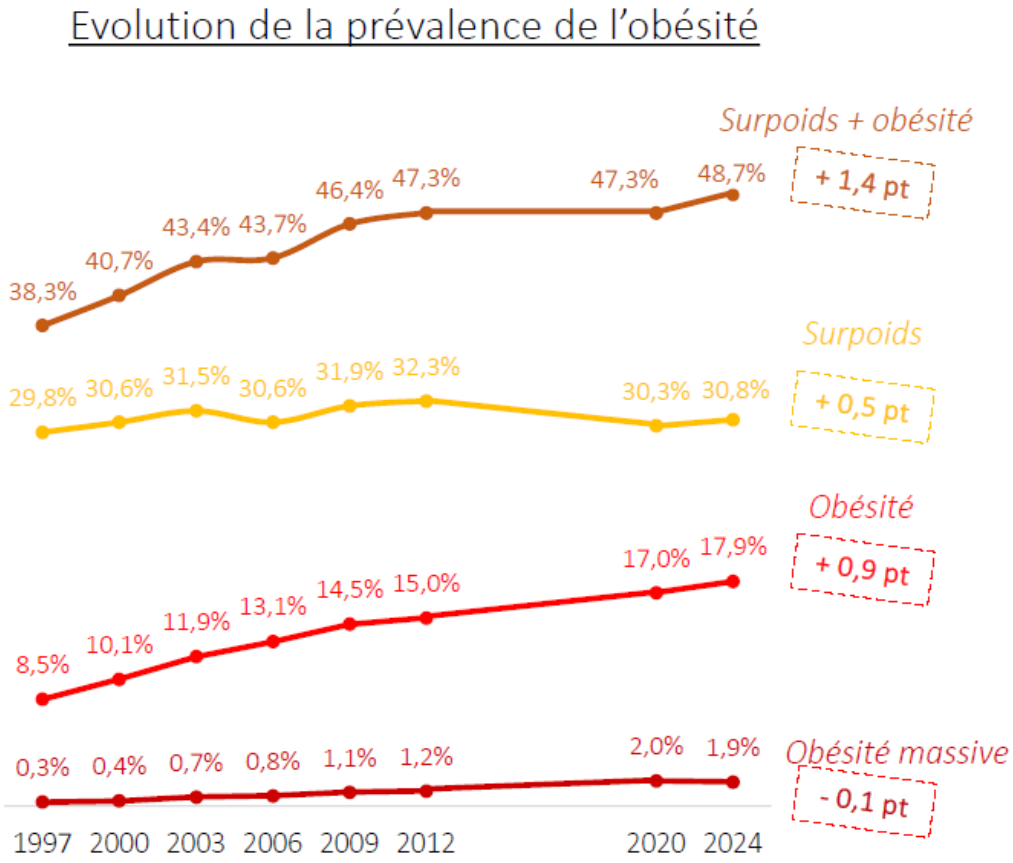
Epidémiologie

En 2022, dans le monde, 1 personne sur 8 est atteint d'obésité dans le monde.

Données OMS, 2024

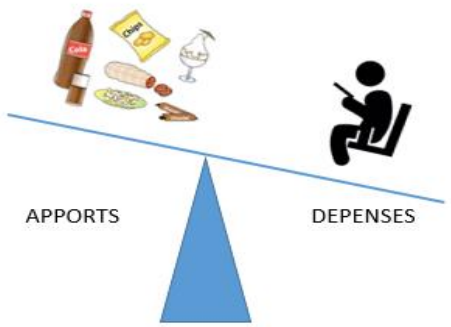
En 2024, en France : En PACA 16,8%



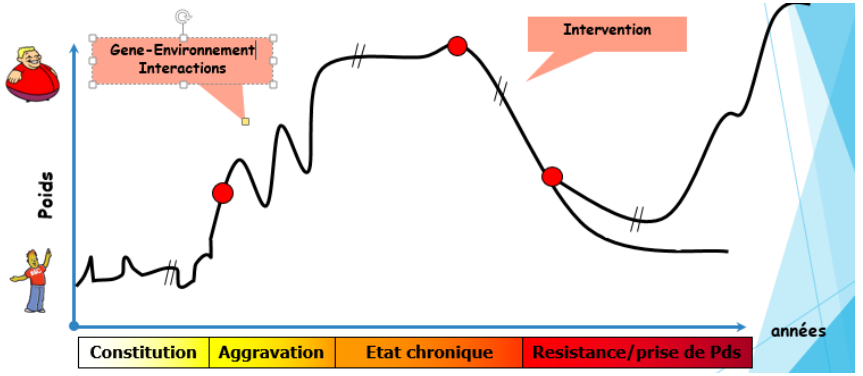


Enquête OFEO, 2024

L'OBESITE : Quelles causes ?



Déséquilibre chronique de la balance énergétique

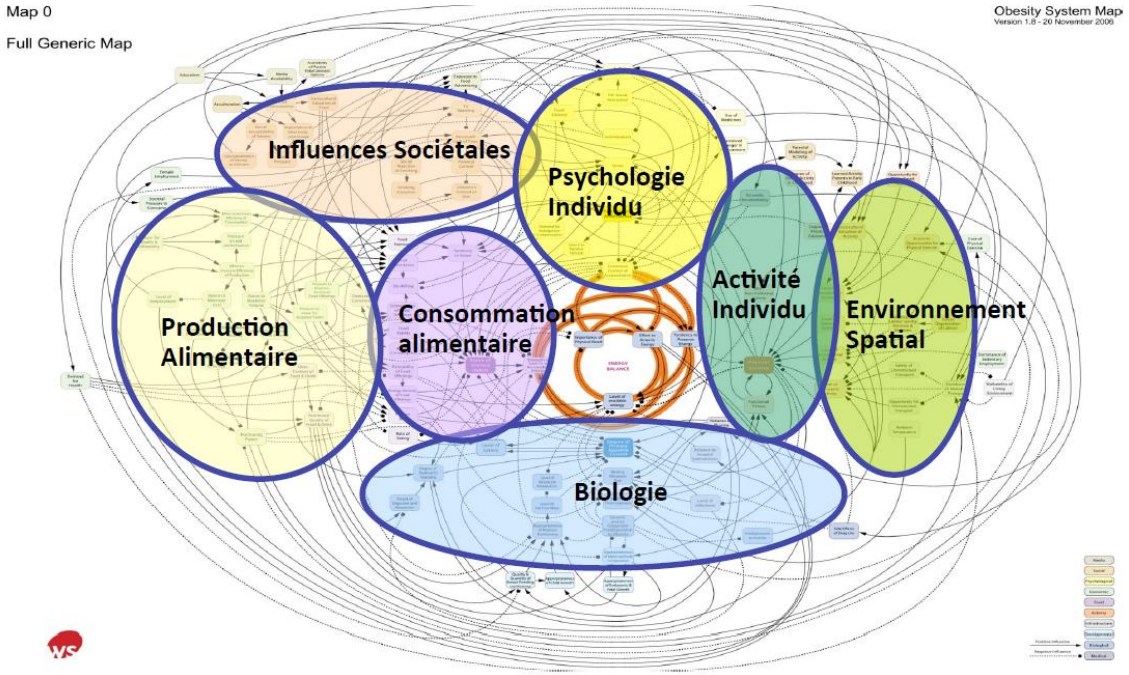


Nombreux facteurs impliqués

Facteurs génétiques

Facteurs environnementaux
-> Surconsommation alimentaire
-> Sédentarité
-> Déficit sommeil
-> Microbiote intestinale
-> Facteurs périnataux
-> Polluants organiques persistants

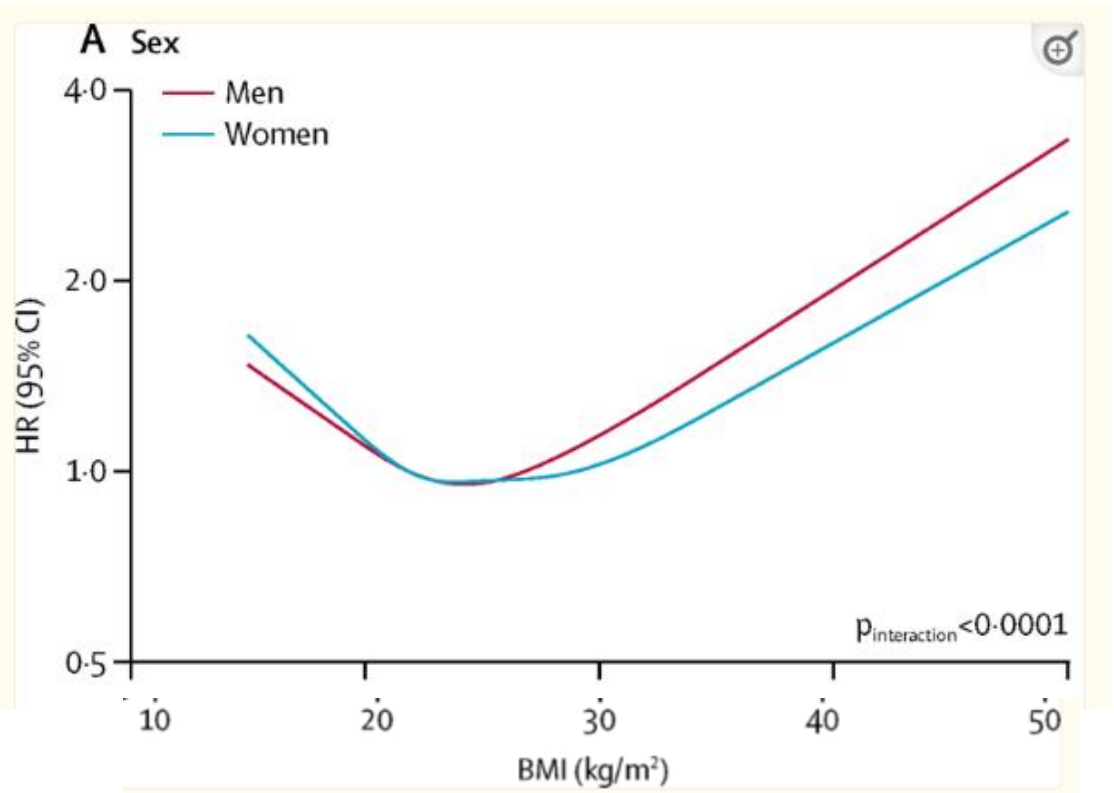
Facteurs Epigénétiques

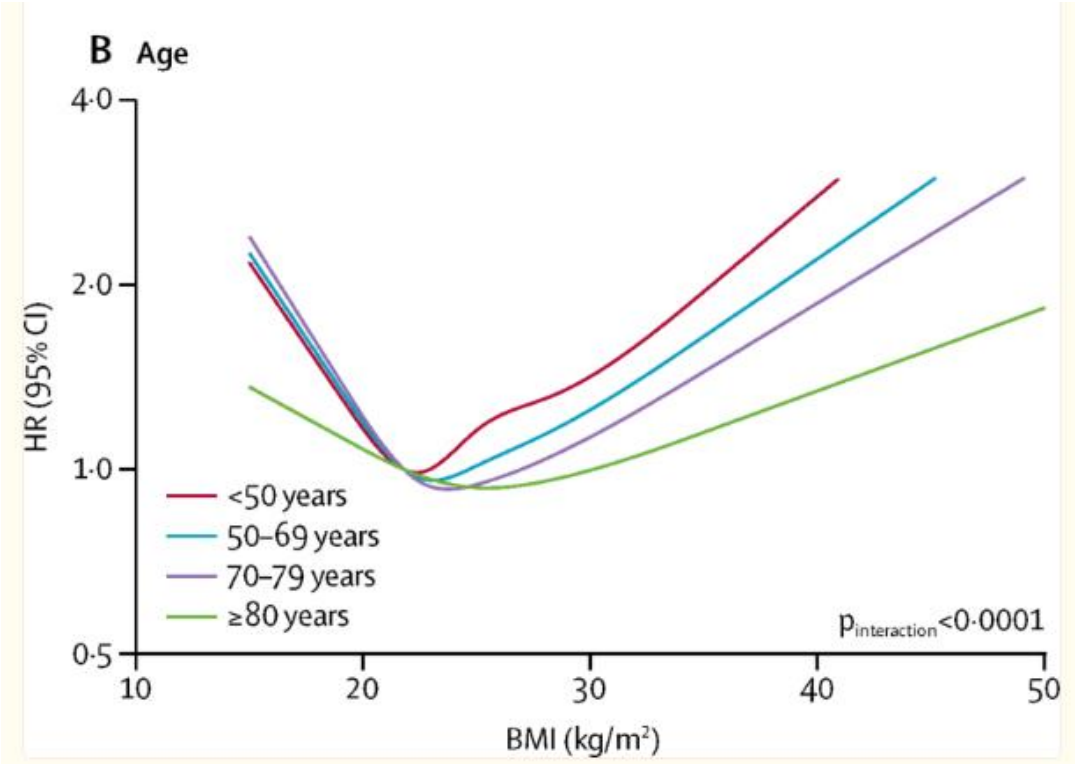


Forsight's report 2001

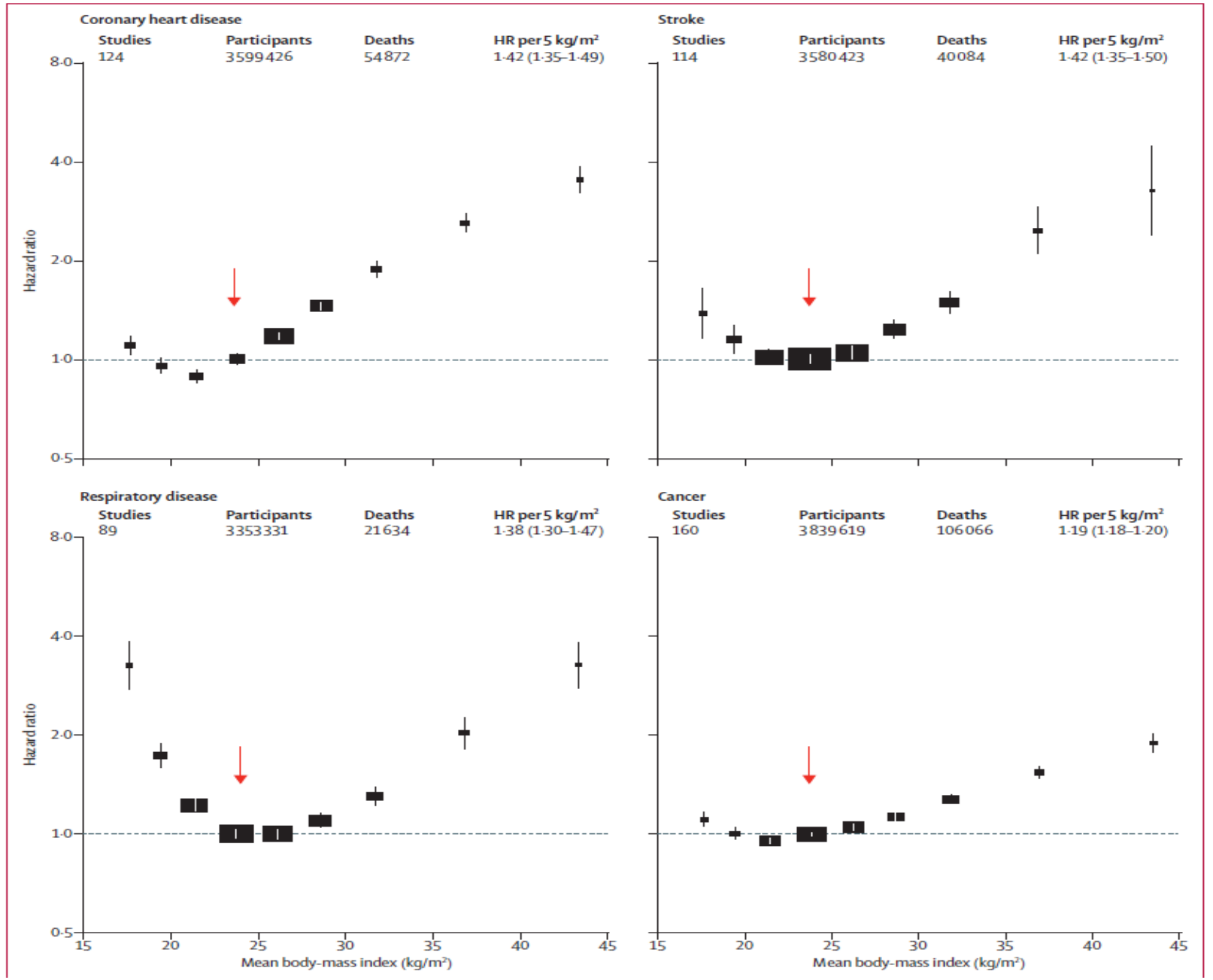
L'OBESITE : Quelles conséquences ?

L'augmentation de l'IMC entraine une augmentation de la mortalité toute cause





Lancet Diabetes Endocrinol. 2018


Coronary heart disease
Studies 124
Participants 3599426
Deaths 54872
HR per 5 kg/m² 1·42 (1·35–1·49)
Stroke
Studies 114
Participants 3580423
Deaths 40084
HR per 5 kg/m² 1·42 (1·35–1·50)
Respiratory disease
Studies 89
Participants 3353331
Deaths 21634
HR per 5 kg/m² 1·38 (1·30–1·47)
Cancer
Studies 160
Participants 3839619
Deaths 106066
HR per 5 kg/m² 1·19 (1·18–1·20)
Hazard ratio
8·0
4·0
2·0
1·0
0·5
15
20
25
30
35
40
45
Mean body-mass index (kg/m²)

L'OBESITE : Quelles conséquences ?

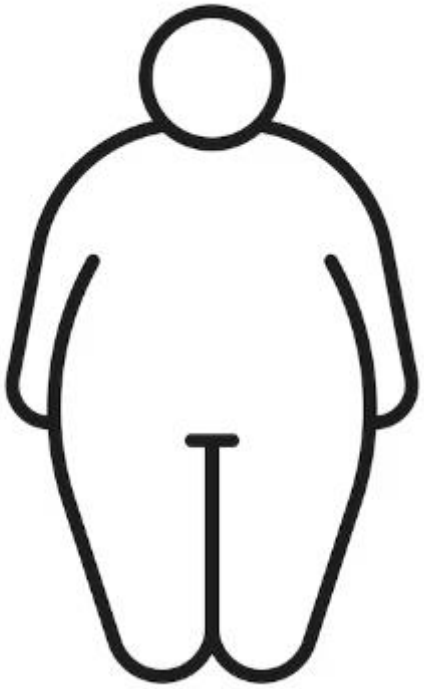
Maladie cardiovasculaire
(Arythmie, IDM, IC) x 1,5 - 4
HTA
Dyslipidémie

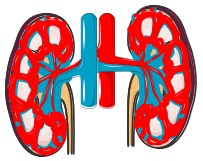
Diabète de type 2 (x4-5)

AVC
HTIC
Anxiété, dépression

Asthme
SAOS
Hypoventilation alvéolaire

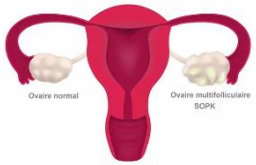
Infections





Maladie rénale chronique
X 2-3

Stéatose
MASH



SOPK
Troubles de la fertilité

Arthrose
Goutte

Maladies thrombo-emboliques

Cancers
Sein, endomètre, colon-rectum,rein

Kivimaki, Lancet Diabetes Endocrinol. 2022
Kimamki, Lancet Public Health, 2017
Madlock-Brown et al, Clin Obes, 2021

L'OBESITE : Une nouvelle classification (reco HAS 2022)

La sévérité de l'obésité ne se résume pas qu'a l'IMC

Type	IMC	Retentissement médicale	Impact qualité de vie ou fonctionnel	Troubles de la sphère psychologique	Etiologie	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale
1a	30-35	0	0	0 ou ayant peu d'incidence sur le cpt alimentaire	Commune	normale	Début de PEC Obésité depuis âge adulte
1b	30-35	Atteinte débutante ou bien équilibrée (HTA, DT2, SAOS,NAFLD)	Impact modéré QDV et fonctionnel	Retentissement léger (humeur, estime de soi) Ou troubles psy bien gérés (dépression traitée et suivie)	Commune	Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie	Obésité depuis < 18 ans OU Un rebond pondéral
2	35-50	Atteinte métabo sévère Infertilité, SOPK Aggravation pathologie	Impact marqué QDV et état de santé	M. Psy sous jacentes avec net impact pondéral ou sur le comportement	Commune + F.aggravant (trauma psy, douleurs, médicaments)	Accès de boulimie épisodique	Obésité persistante OU 2 rebonds OU Echec niveau 1 OU grossesse baria
3a	35-50	Aggravation M.chronique entrainant risque majeur ou handicap	Impact mobilité avec périmètre de marche 100-500m	Psychiatriques sévères (Schizophrénie, troubles borderline, dépression sévère)	Tumeur cérébrale Pb hormonal (ex : Cushing)	Hyperphagie boulimique	Evolution poids non contrôlée Echec niveau 2

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
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, paranoïaque, 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 voire 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

L'OBESITE : Quel bilan ?

Diabète

Recherche par glycémie à jeun

Puis une fois par an si pré-diabète

Ou une fois tous les 3 ans

Mesure TA par brassard adaptée

Bilan lipidique (reco en cours)

Bilan rénal

Par mesure du DFG et rapport albuminurie/ Créatininurie

Une fois tous les 3 ans si normal

Explorations fonctionnelles respiratoires

IMC ≥ 30 kg/m² et dyspnée de repos ou lors d'un effort léger

IMC ≥ 35 kg/m² et présence SAOS

IMC ≥ 40 kg/m²

Polygraphie ventilatoire (SAOS)

– IMC ≥ 30 kg/m² avec signes cliniques évocateurs

– IMC ≥ 35 kg/m²

Gaz du sang (Syndrome obésité hypoventilation)

IMC ≥ 35 kg/m2

IMC ≥ 30 kg/m² et Sp02 < 94 % ou syndrome restrictif avec CPT <85%

Arthrose

Examen dentaire une fois par an

Stéatose hépatique

Echographie abdominale ou Fatty liver index

=> Si négatif, à répéter à 3-5 ans

=> Si positif : rechercher fibrose par Fib-4

Si Fib 4 > 1,30, quantifier la fibrose par d'autres tests

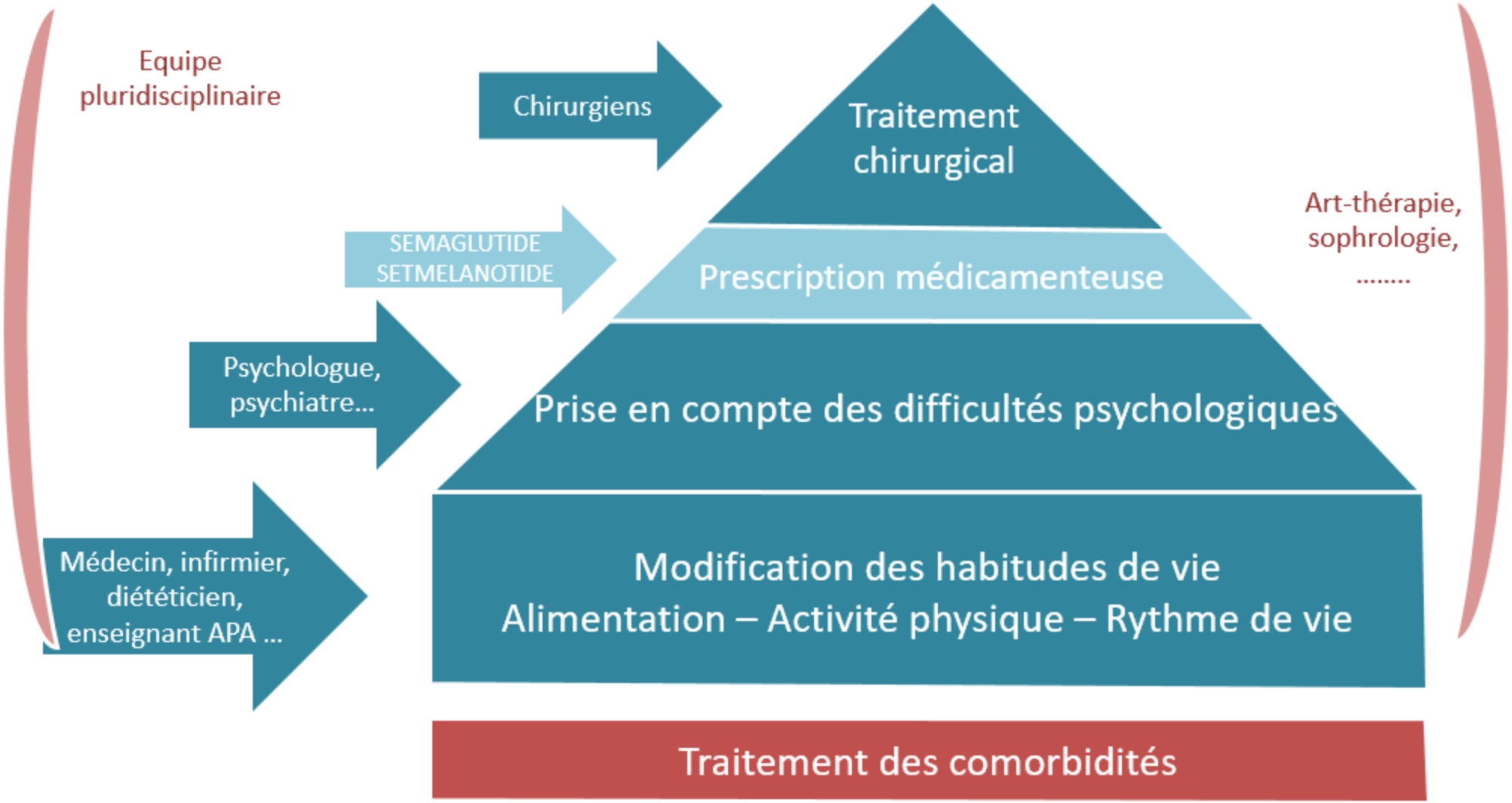
Recherche de cancers

Dépistage identique à la population générale

Recommandations HAS, 2022

L'OBESITE : Une prise en charge multidisciplinaire

Le but du traitement ne se réduit pas à une perte de poids à court terme mais à une amélioration des comorbidités, de l'autonomie et de la qualité de vie du patient.
Objectif : Perte de poids progressive et durable avec PEC personnalisée



L'OBESITE : Mesures hygiéno-diététiques en premier lieu

PEC diététique personnalisée = Rééquilibrage alimentaire ≠ Régimes
Alimentation diversifiée, équilibrée
Travaille dans l'assiette + comportement et sensations alimentaires
Respect sensation faim/satiété

Recommandations activité physique ➔ Activité physique adaptée
Mise en place progressive et régulière
Recommandations population générale
- 30 minutes 5 fois par semaine activité endurance d'intensité modérée
- Souplesse 2-3 fois par semaine
- Renforcement musculaire 1-2 fois par semaine
+ Lutte contre la sédentarité / temps passé assis
APA => MSS : https://paca.sport.sante.fr/

PEC psychologique et comportementale

PLACE DES NOUVEAUX TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX:

Une révolution dans la prise en charge ?

GLP-1RAs have multifactorial effects

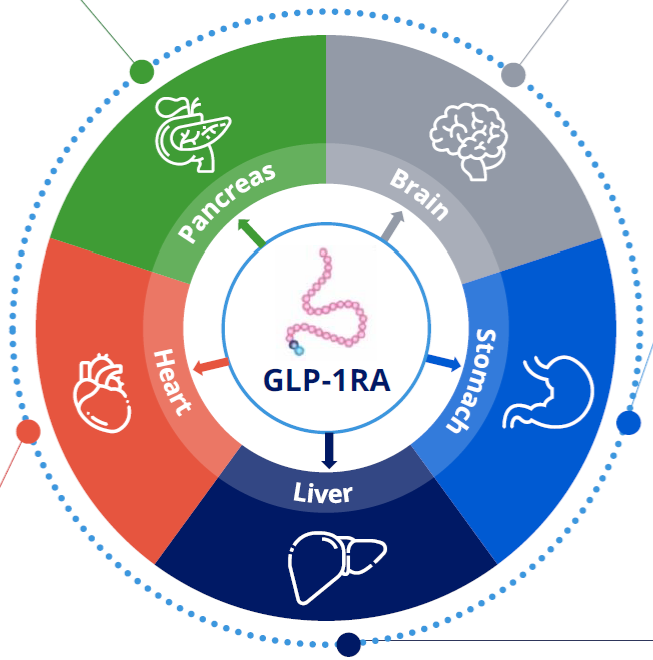
Pharmacological effects

Pancreas

- ↑ Beta-cell function[1]
- ↓ Beta-cell apoptosis[1]
- ↑ Insulin biosynthesis[1]
- ↑ Glucose-dependent insulin secretion[1]
- ↓ Glucose-dependent glucagon secretion[1]

Brain

- ↓ Body weight[5]
- ↓ Food intake[6]
- ↑ Satiety[7,8]



Stomach

- ↓ Gastric emptying[9]

Heart

- ↓ Cardiovascular risk[2]
- ↓ Fatty acid metabolism[3]
- ↑ Cardiac function[3]
- ↓ Systolic blood pressure[3]
- ↓ Inflammation[4]

Liver

- ↓ Endogenous glucose production[10]
- ↑ Hepatic insulin sensitivity[10]
- ↓ *De novo* lipogenesis[10]
- ↓ Lipotoxicity[10]
- ↓ Steatosis[11]

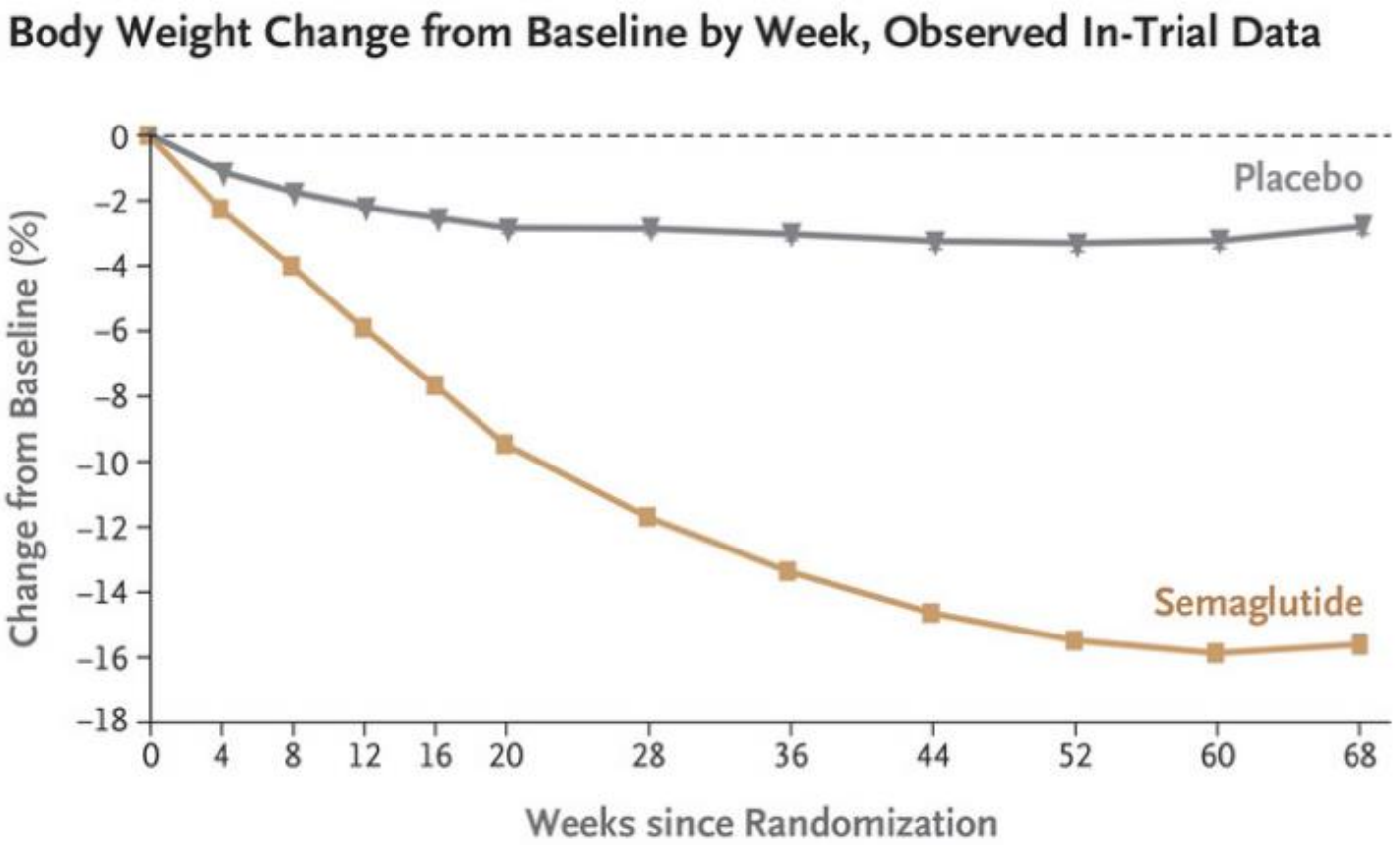
GLP-1RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist

Adapted from 1. Campbell JE, DJ Drucker. Cell Metab 2013;17:819–37; 2. Marso SP et al. N Engl J Med 2016;375:311–22; 3. Ryan D, Acosta A. Obesity 2015;23:1119–29; 4. Hogan AE et al. Diabetologia 2014;57:781–4; 5. Baggio LL, Drucker DJ. J Clin Invest 2014;124:4223–6; 6. Bagger JI et al. Clin Endocrinol Metab 2015;100:4541–52; 7. Flint A et al. J Clin Invest 1998;101:515–20; 8. Blundell J et al. Diabetes Obes Metab. 2017;19(9):1242–51; 9. Tong J, D'Alessio D. Diabetes 2014;63:407–9; 10. Armstrong MJ et al. J Hepatol 2016;64:399–408; 11. Armstrong MJ et al. Lancet 2016;387:679–90.

SEMAGLUTIDE = WEGOVY ®

Analogue GLP1 HEBDOMADAIRE (Programme STEP)

1 injection par semaine
0,25mg ➔ 0,5mg ➔ 1mg ➔ 1,7mg ➔ 2,4mg



-2,4%

-14,9%

No. at Risk												
Placebo	655	649	641	619	615	603	592	571	554	549	540	577
Semaglutide	1306	1290	1281	1262	1252	1248	1232	1228	1207	1203	1190	1212

-14,9% poids à 68S

Wilding et al, NEJM 2021

SEMAGLUTIDE = WEGOVY ® Analogue GLP1 HEBDOMADAIRE

En France

A eu **Accès précoce juillet 2022-septembre 2023** pour IMC > 40kg/m2 +
une complication (MCV, HTA traitée, SAOS appareillé, Dyslipidémie)

Disponible en France depuis octobre 2024 Non remboursé

HAS : Avis favorable au remboursement uniquement « chez l'adulte ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial ≥ 35 kg/m² en cas d'échec de la prise en charge nutritionnelle bien conduite »

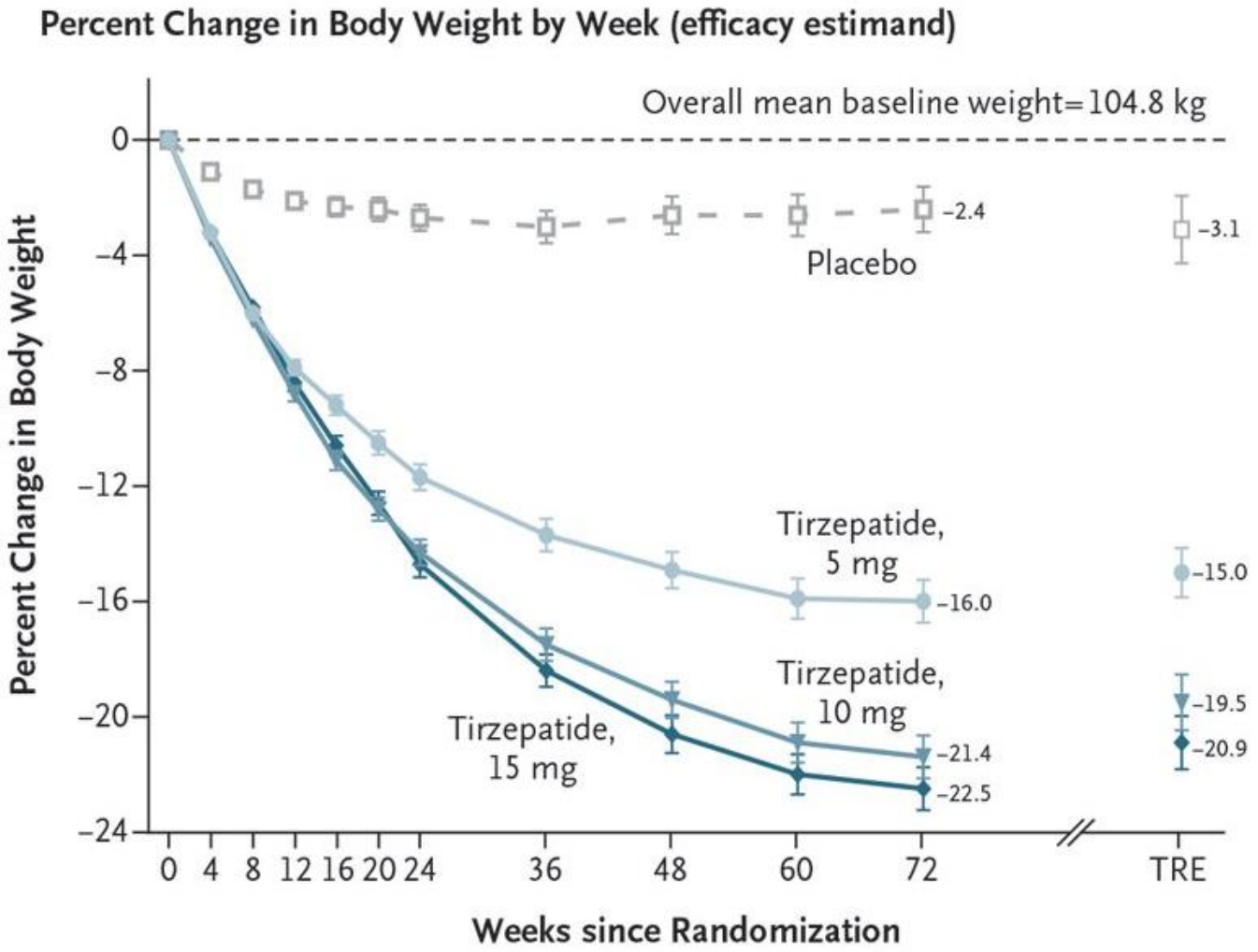
≠ ANSM : Prescription initiale par médecins spécialistes

≠ AMM : Adultes atteints d'obésité (IMC ≥30 kg/m²) ou en situation de surpoids (IMC ≥27 kg/m² et <30 kg/m²) et en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids (dysglycémie, hypertension artérielle, dyslipidémie, apnée du sommeil ou maladie cardiovasculaire)

Wilding et al, NEJM 2021

TIRZEPATIDE = MOUNJARO®

Double analogue GIP-GLP1 HEBDOMADAIRE (Programme SURMOUNT)



Injection hebdomadaire

2,5mg ➔ 5mg ➔ 7,5mg ➔ 10mg ➔ 12,5mg ➔ 15mg

-20,9% poids à 72S

<u>Disponible en France depuis novembre 2024</u>

Non remboursé

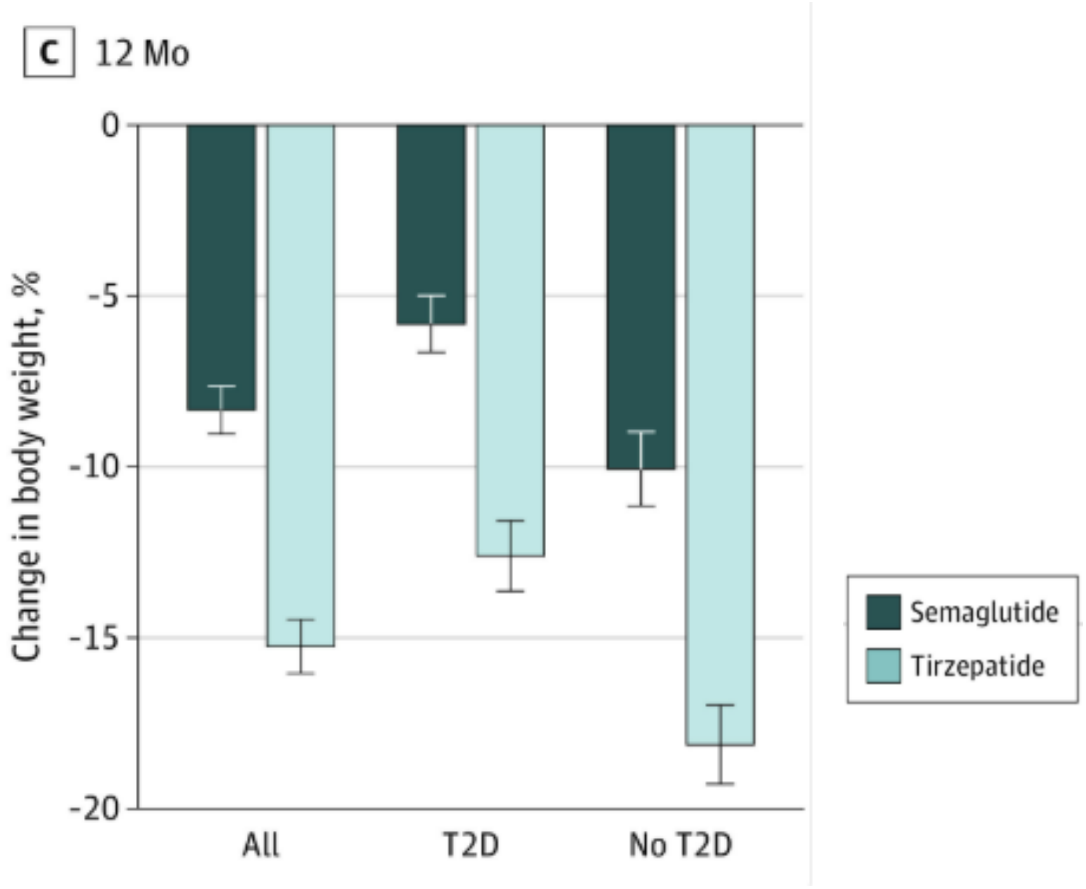
AMM : IMC initial ≥ 30 kg/m² (obésité) ou ≥ 27 kg/m² + 1 comorbidité.

En complément d'une prise en charge nutritionnelle adaptée

≠ HAS : Avis favorable remboursement IMC ≥ 35 kg/m²

Jastreboff et al, NEJM 2022

MOUNJARO PERMET UNE MEILLEURE PERTE DE POIDS QUE LE WEGOVY



SURMOUNT – 5 = 72S (en attente de publication)

-20, 2% perte poids TIRZEPATIDE 15mg

-13,7% perte de poids SEMAGLUTIDE 2,4mg

➔ - 6,5% de ≠

Rodriguez et al, JAMA int Medicine, 2024

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX DE L'OBESITE : COMMENT CA MARCHE ?

DIMINUTION DES APPORTS ALIMENTAIRES

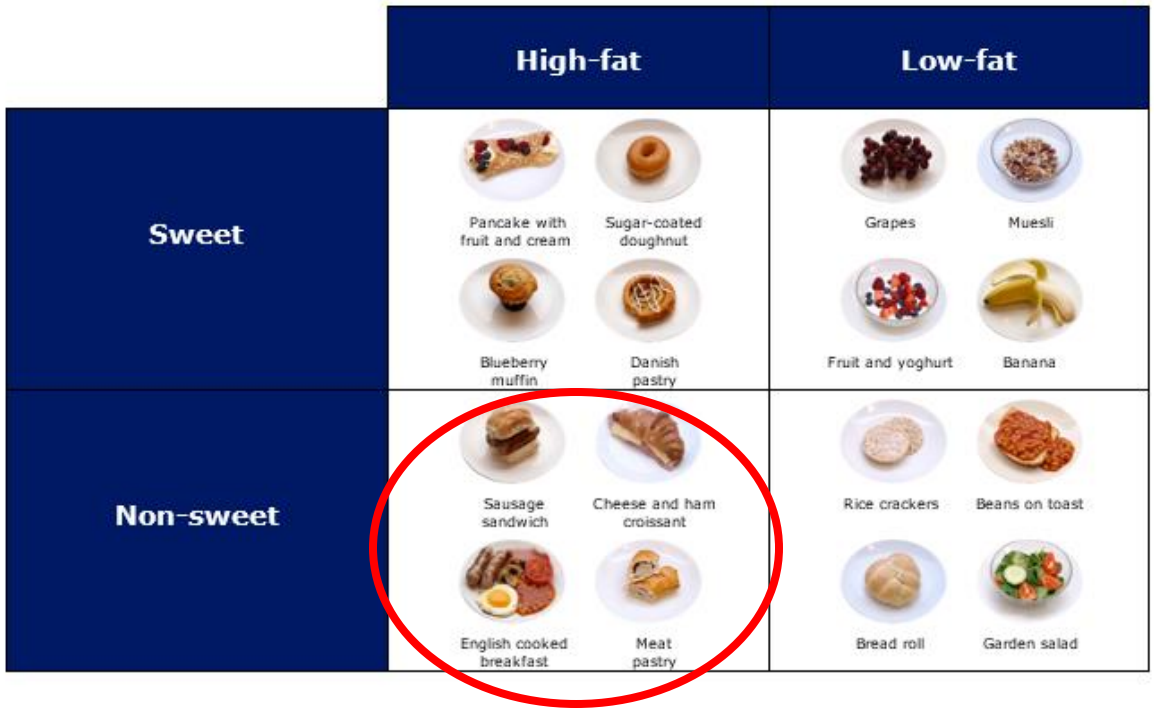
DIMINUTION APPETENCE POUR LES PRODUITS GRAS NON-SUCRES

DIMINUTION APPETENCE POUR ALCOOL

AUGMENTATION DE LA SATIETE

AUGMENTATION DE LA PLENITUDE GASTRIQUE

DIMINUTION DE LA FAIM



Blundell et al, 2017
Quddos, Sci Report, 2023
Chuong et al, JCI Insight, 2023

QUESTIONS ?

TOUT LE MONDE REPOND-T-IL ?

PENDANT COMBIEN DE TEMPS PRENDRE LE TRAITEMENT ?

QUELS SONT LES AUTRES BENEFICES ?

L'EFFET EST-IL DURABLE SUR LE LONG TERME ?

QUELS EFFETS INDESIRABLES A COURT ET LONG TERME?

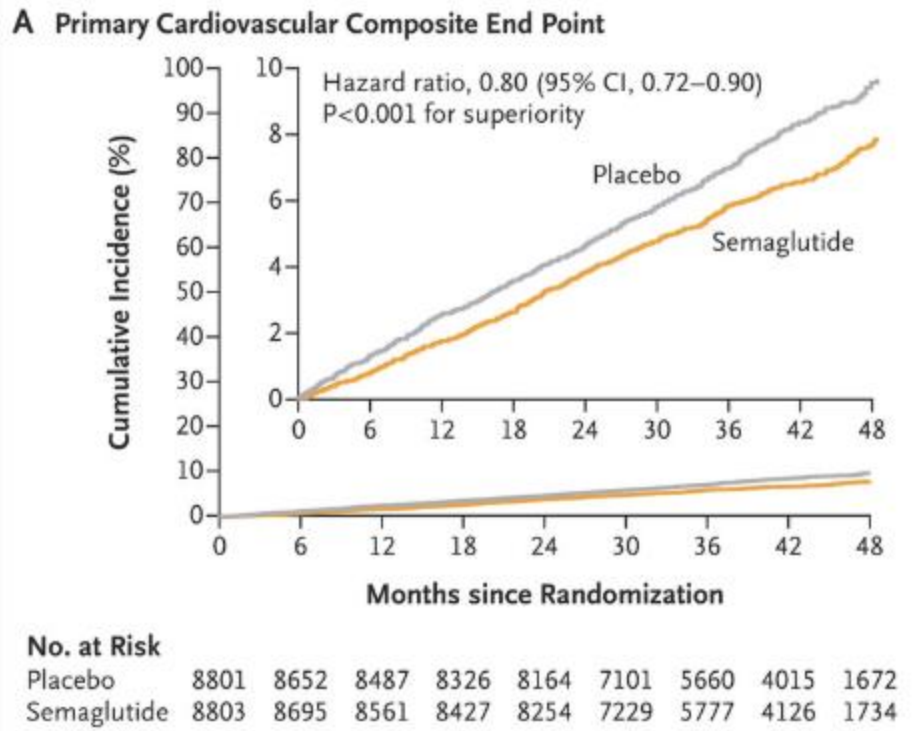
QUESTIONS ?

QUELS SONT LES AUTRES BENEFICES ?

QUELS EFFETS BENEFIQUES EN DEHORS DE LA PERTE DE POIDS ?

Effets cardiovasculaires protecteurs

- Réduction de la survenue des évènements cardiovasculaires



Effet sur les Apnées du sommeil

- Diminution du nombre d'apnées

Effets sur la glycémie : moins de diabète

Lincoff et al, NEJM, 2023
Malhotra et al, NEJM, 2023

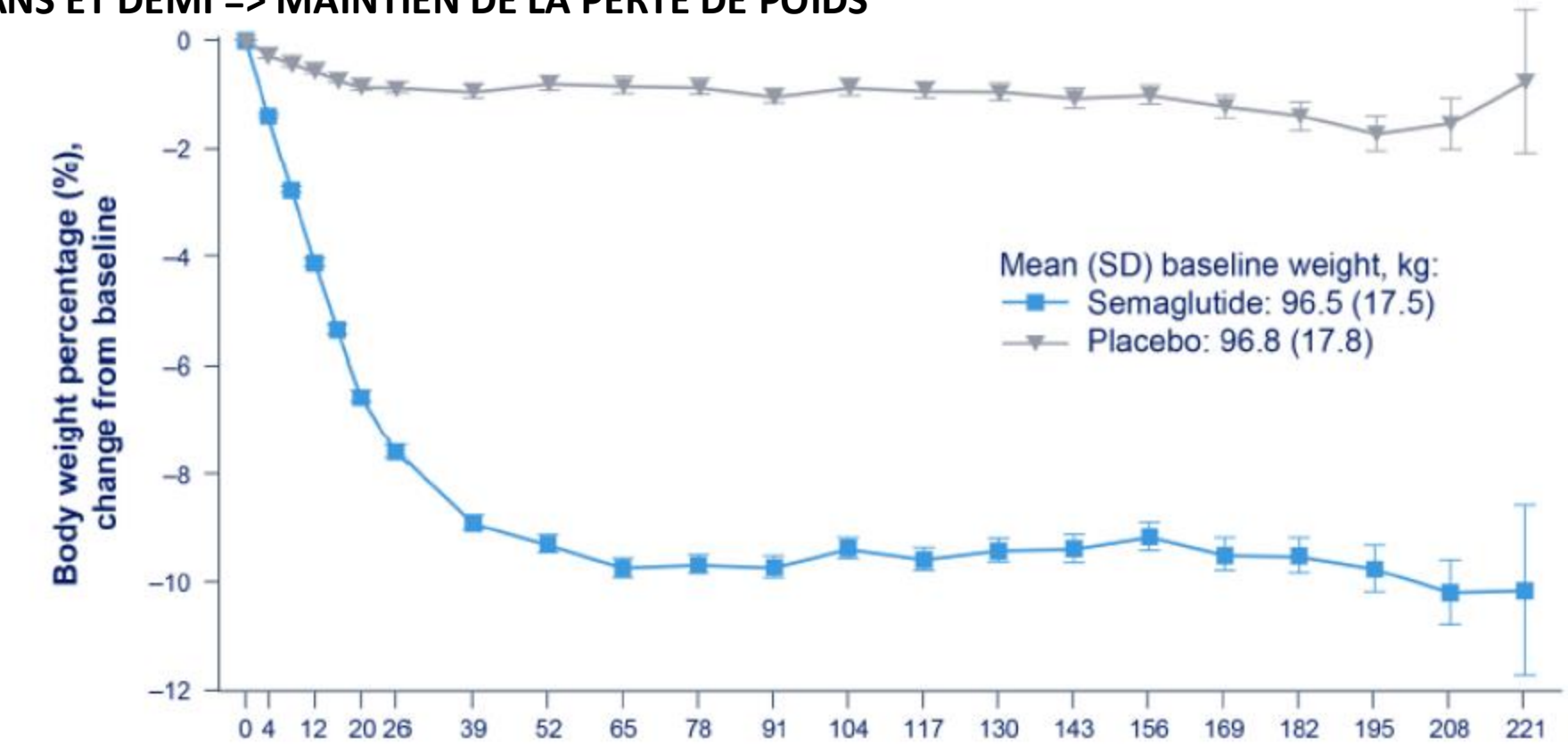
QUESTIONS ?

L'EFFET EST-IL DURABLE SUR LE LONG TERME ?

L'EFFET EST-IL DURABLE SUR LE LONG TERME?

Etude SELECT

RECUL DE 4 ANS ET DEMI => MAINTIEN DE LA PERTE DE POIDS



Semaglutide, N	8,803	7,647	7,493	6,690	7,290	6,447	7,282	6,460	7,474	5,991	5,898	4,686	5,085	3,650	2,954	1,737	921	157
Placebo, N	8,801	7,715	7,516	6,704	7,269	6,340	7,272	6,392	7,378	5,871	5,879	4,583	5,014	3,560	2,890	1,698	898	152

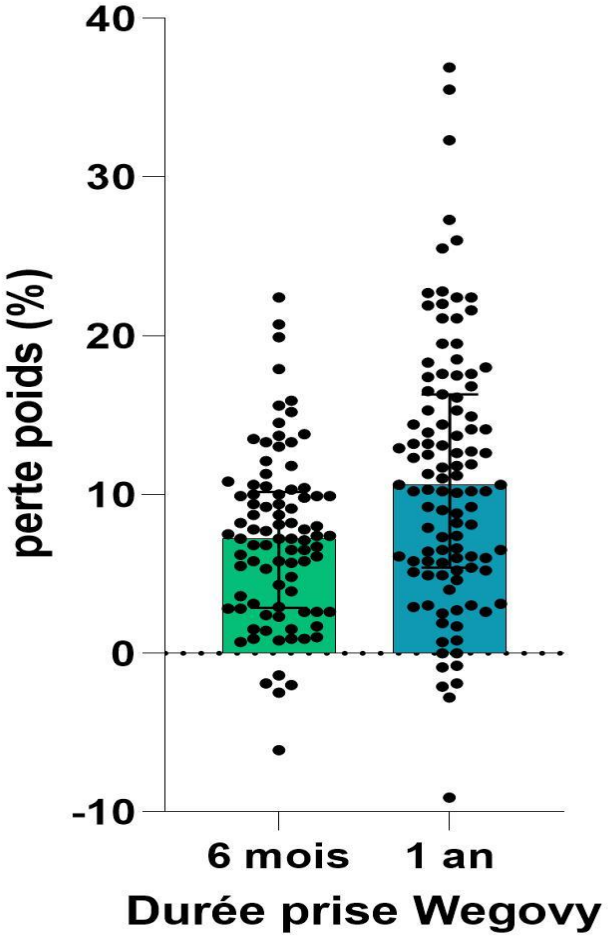
Lincoff et al, NEJM, 2023

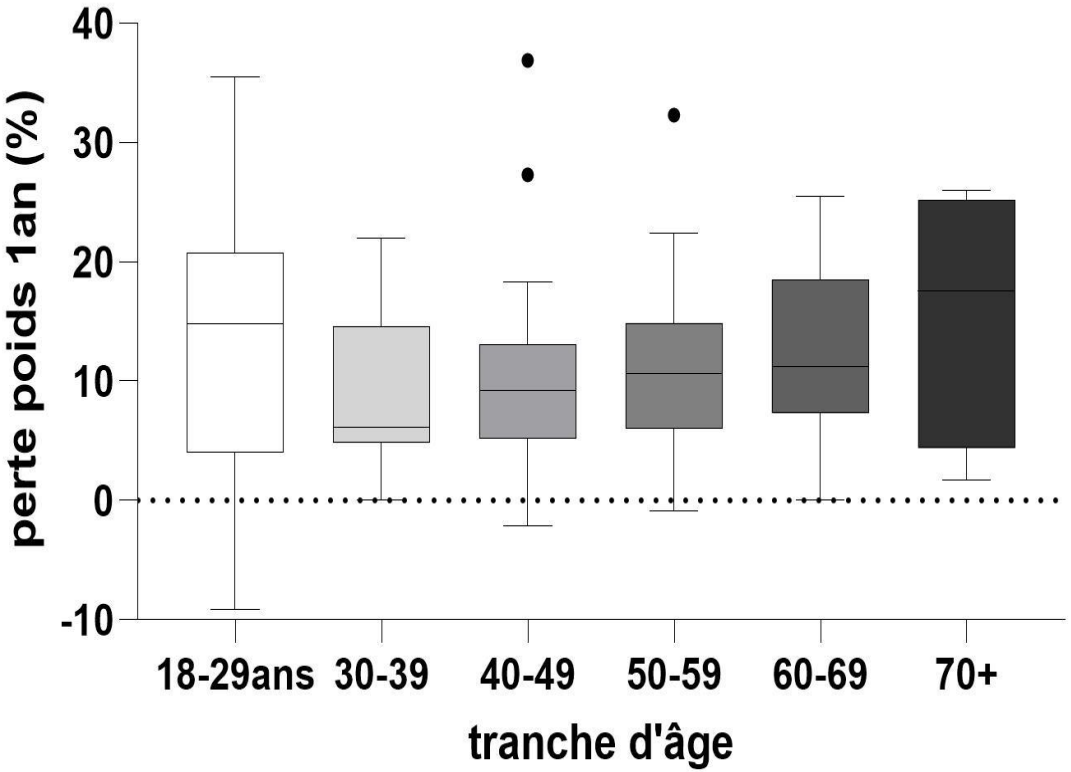
QUESTIONS ?

TOUT LE MONDE REPOND-T-IL ?

Données patients accès précoce Wegovy, CSO : Perte de poids après traitement Wegovy

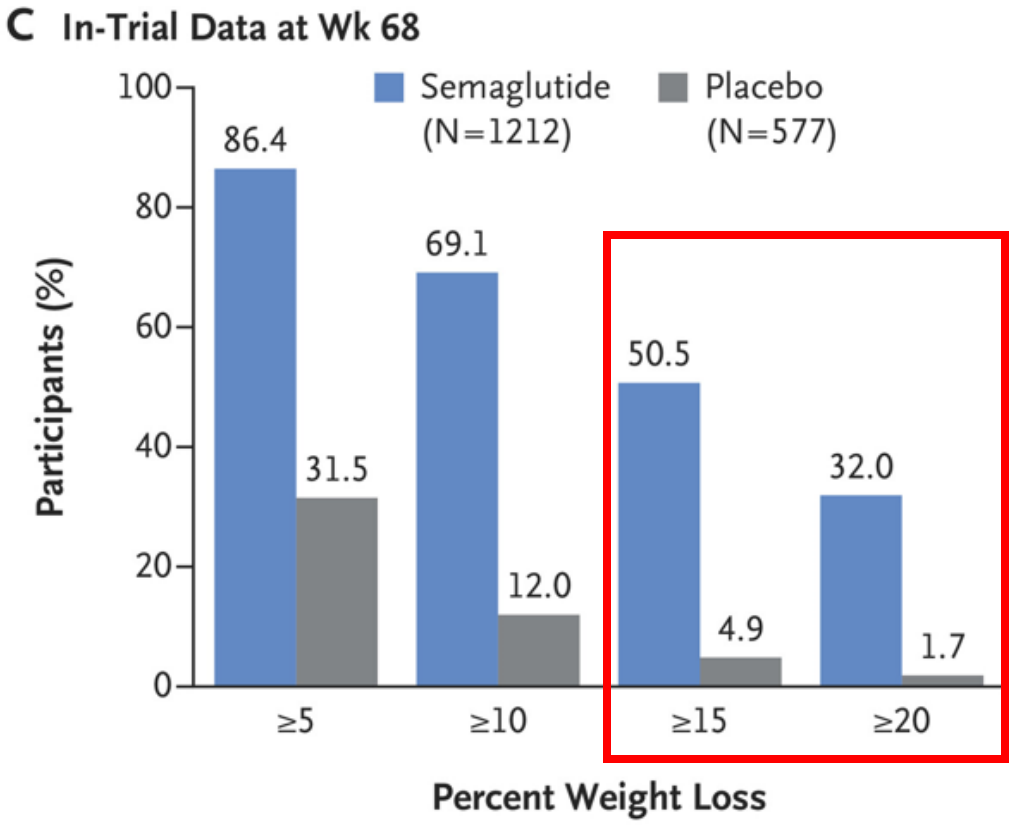
16% d'arrêt en raison d'effets secondaires et 7,5% de non répondeurs



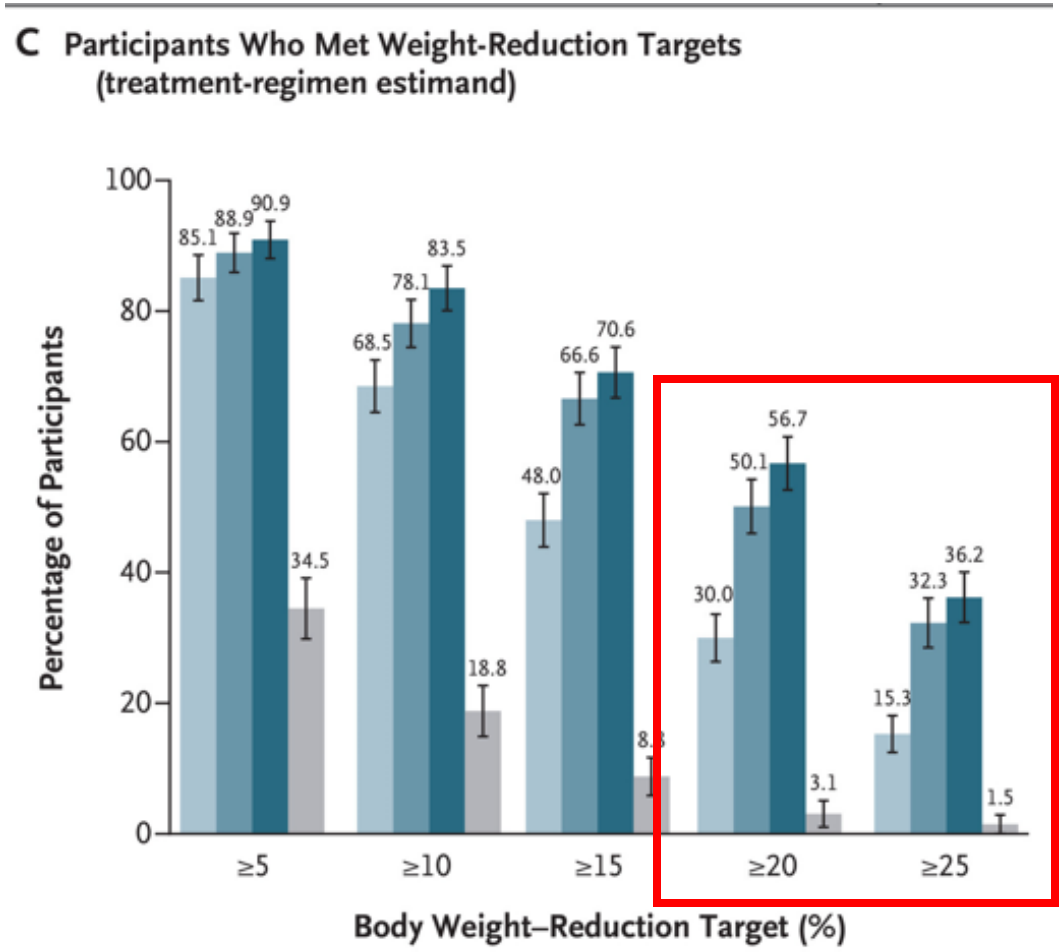


TOUT LE MONDE REPOND–T–IL A CES TRAITEMENTS ?

WEGOVY®



MOUNJARO®



10-15% DES PATIENTS NE REPONDENT PAS (PERTE < 5% DU POIDS)
VARIABILITE DE LA REPONSE AU TRAITEMENT

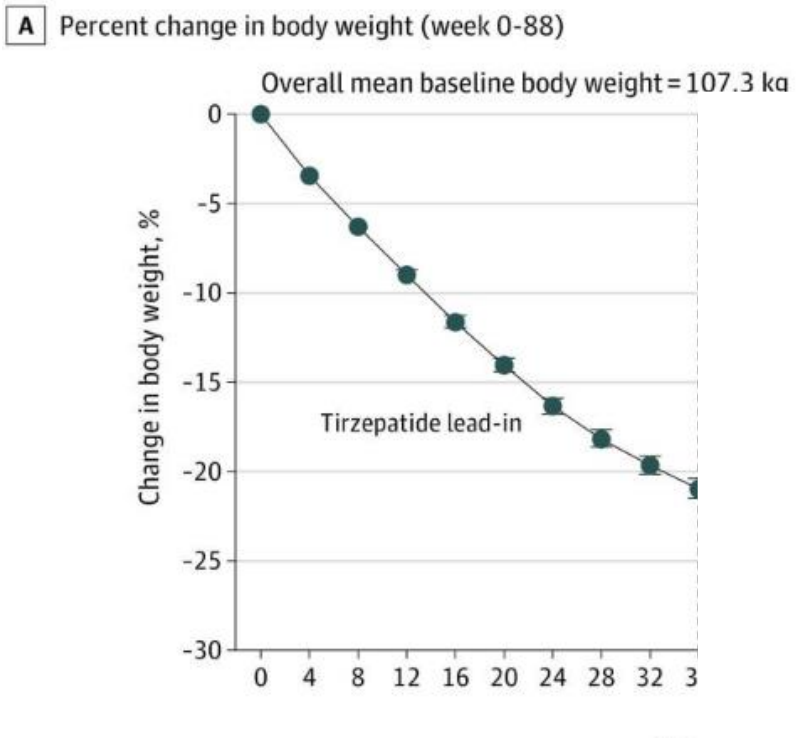
Wilding et al, NEJM 2021
Jastreboff et al, NEJM 2022

QUESTIONS ?

PENDANT COMBIEN DE TEMPS PRENDRE LE TRAITEMENT ?

MAIS PENDANT COMBIEN DE TEMPS PRENDRE LE TRAITEMENT ?

TIRZEPATIDE



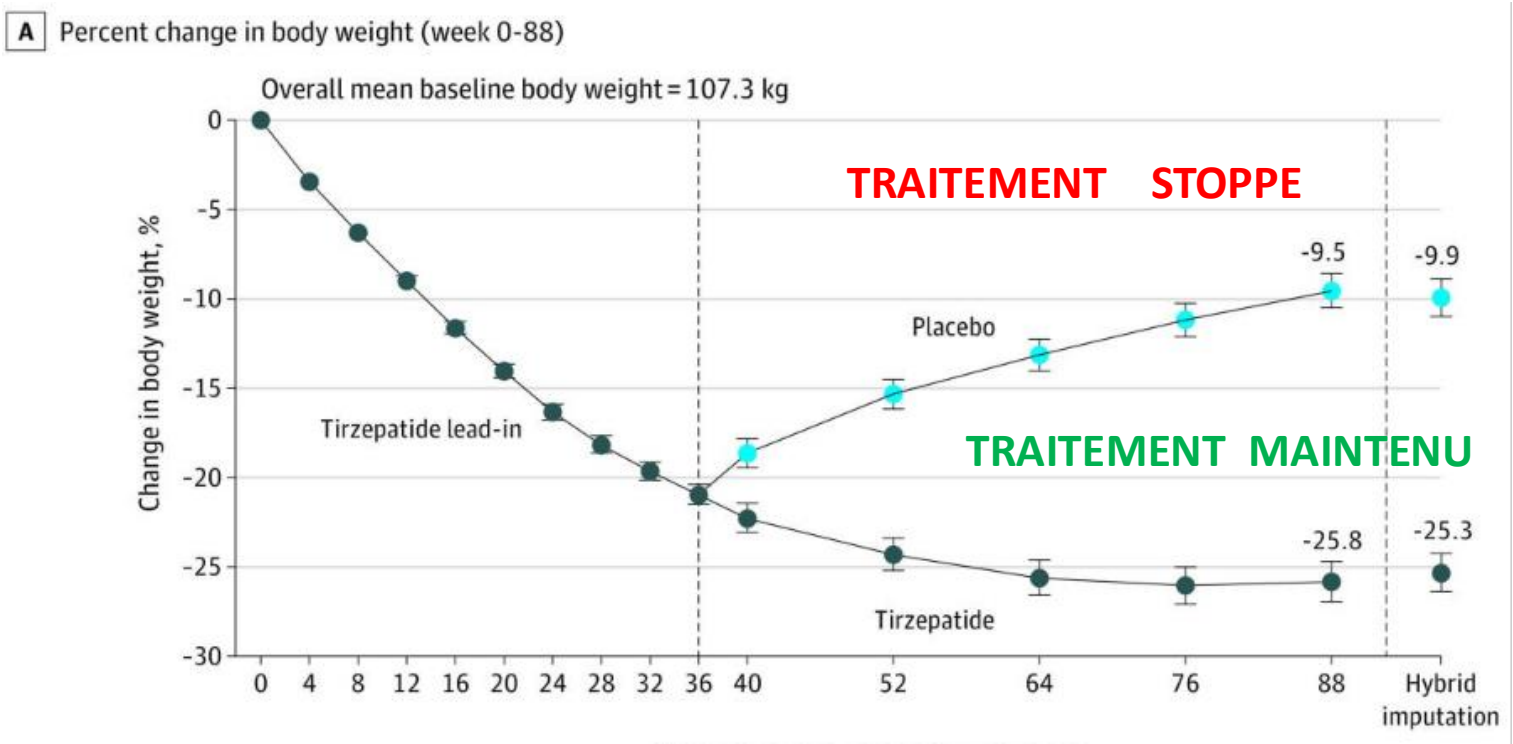
PRISE DU TRAITEMENT PENDANT 36 SEMAINES
PUIS
→ TRAITEMENT MAINTENU

→ TRAITEMENT STOPPE

Arone et al, JAMA 2024

MAIS PENDANT COMBIEN DE TEMPS PRENDRE LE TRAITEMENT ?

TIRZEPATIDE



Randomisation

Arrêt :
+14% reprise de poids

Poursuite :
-5,5% supplémentaires

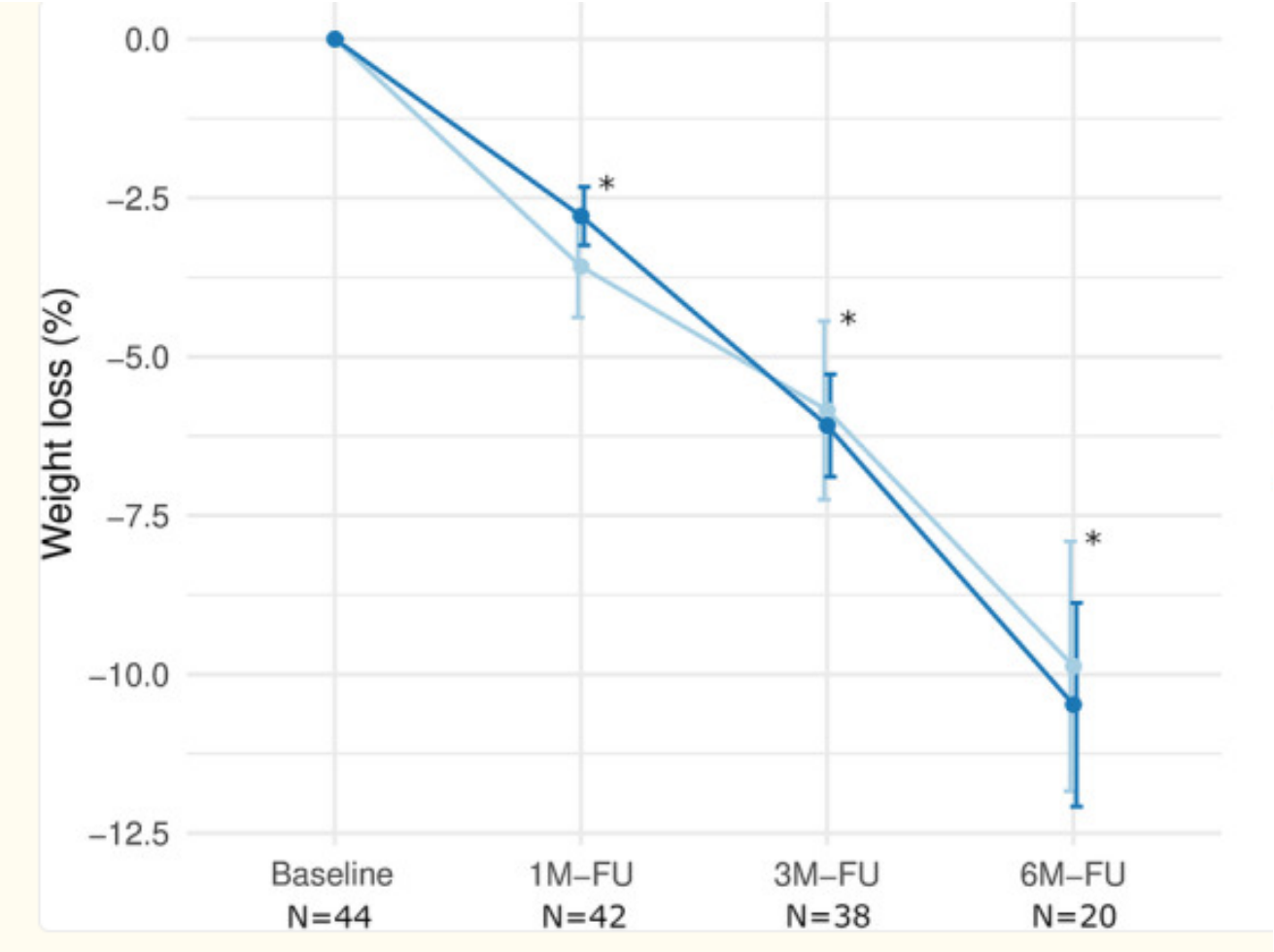
➔ **Risque de rebond pondéral à l'arrêt du traitement**

Arone et al, JAMA 2024

QUESTIONS ?

PEUT-ON PRENDRE CE TRAITEMENT APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE ?

PEUT-ON PRENDRE CE TRAITEMENT APRES CHIRURGIE BARIATRIQUE ?



ETUDE RETROSPECTIVE
SEMAGLUTIDE

OUI, CE TRAITEMENT SEMBLE EFFICACE APRES UNE REPRISE PONDERALE POST CHIRURGIE BARIATRIQUE

Effets indésirables sont les mêmes

Lautenbach et al, obesity surgery, 2022

QUESTIONS ?

QUELS EFFETS INDESIRABLES A COURT ET LONG TERME?

QUELS EFFETS INDESIRABLES ?

	SEMAGLUTIDE %	PLACEBO %
n	2117	1262
Nausée	43,9	16,1
Diarrhée	29,7	15,9
Vomissement	24,5	6,3
Constipation	24,2	11,1

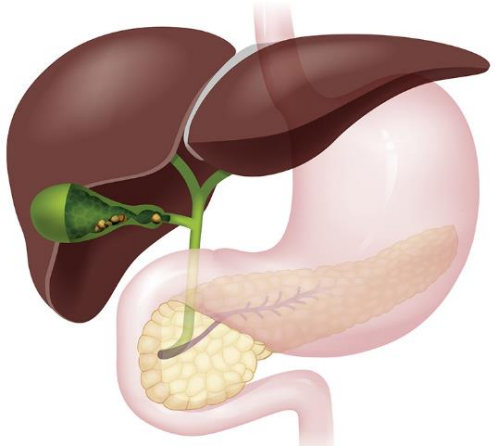
Effets indésirables surtout digestifs

Dans 99,5% léger à modéré

SURTOUT AU DEBUT

➔ **ARRET DU TRAITEMENT DANS ENVIRON 7% DES CAS A CAUSE DES EFFETS INDESIRABLES**

Plus de risques de lithiases biliaires



He et al. JAMA Inter Med 2022
WIding et al, NEJM 2021
Jastreboff et al, NEJM 2022

QUELS EFFETS INDESIRABLES AU LONG COURS ?

*Risques de dénutrition ?
*Risques de carences en vitamines ?
*Risques de perte musculaire ?

NECESSITE D'ETRE PRIS EN CHARGE PAR UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Bilan vitaminique régulier ? +/- apports en vitamines ?

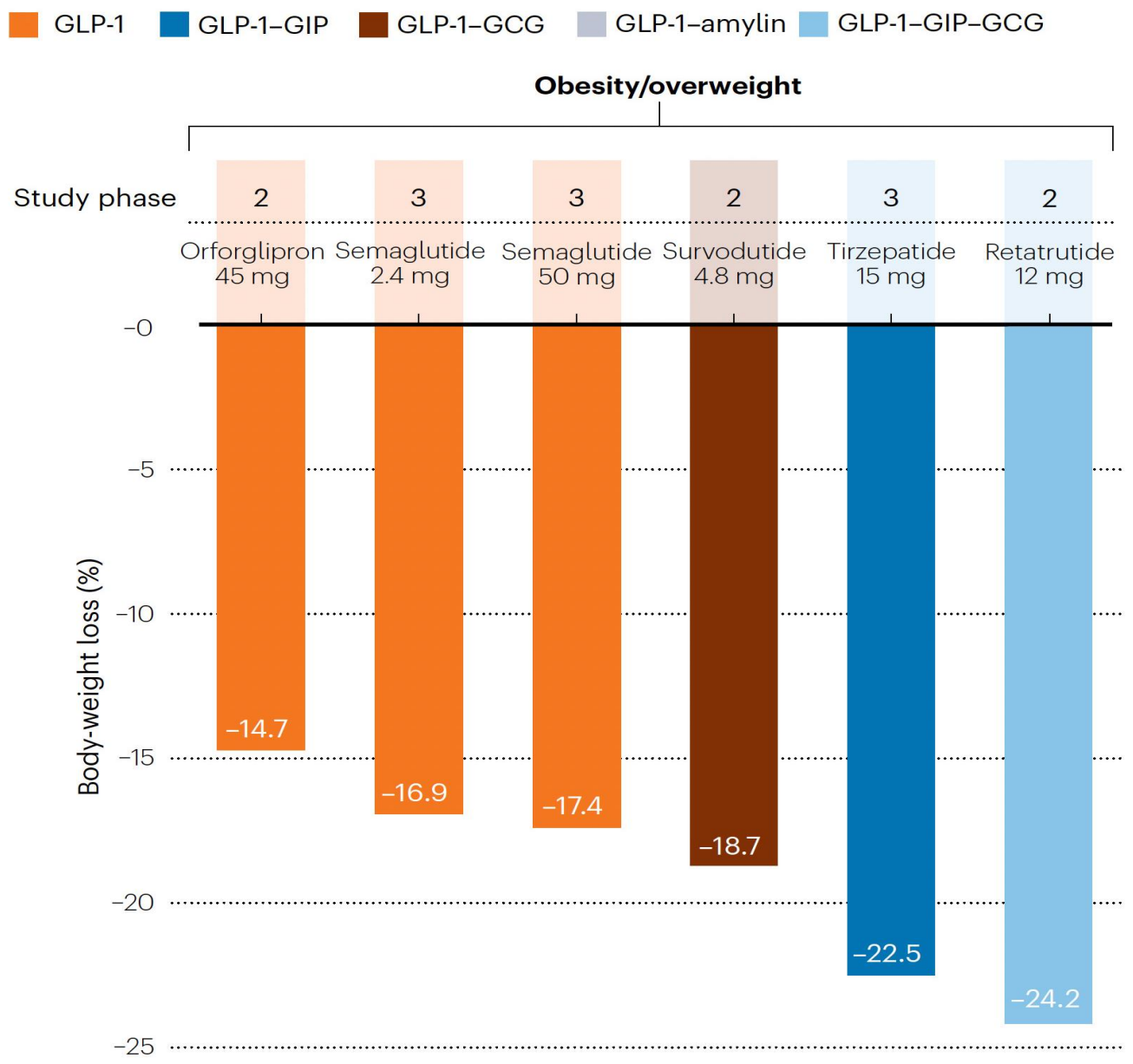
Suivi par impédancemétrie pour suivre perte masse musculaire et masse grasse

Recherche de faiblesse musculaire

Evaluer régulièrement apports alimentaires

Activité physique régulière et adaptée

Et demain ? De futurs traitements encore plus actifs!



Lingvay, I., Agarwal, S.. Nat Med (sept 2023).

L'OBESITE : Prise en charge chirurgicale

Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux

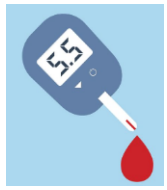
PARTIE II : pré et post chirurgie bariatrique

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Recommandations HAS du 8 février 2024

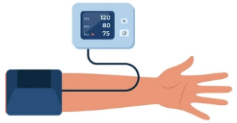
- **Traitement de 2ème intention après échec d'une prise en charge médicale bien conduite pendant 6 à 12 mois**
- **Evaluation et prise en charge pluridisciplinaire d'au moins 6 mois**
- **Patients ayant compris et accepté la nécessité d'un suivi médical et chirurgical à long terme (à vie)**
- **Patients avec IMC >40 ou IMC 35-40 kg/m2 avec au moins une comorbidité sévère**

Entre 18 et 60 ans, voir 70 ans



Diabète de type 2

SAOS avec IAH > 15/h

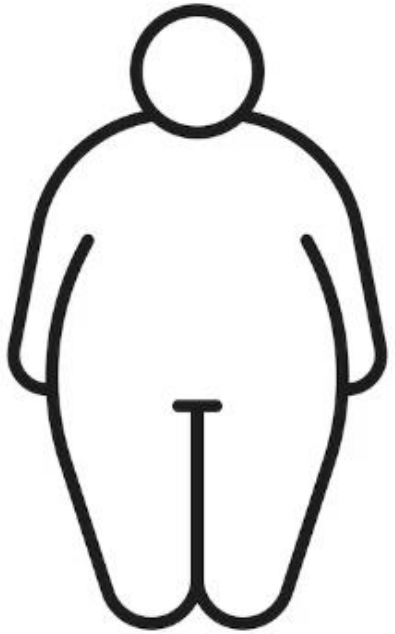


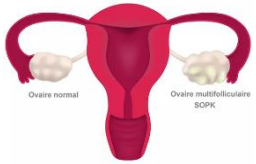
HTA traitée

Asthme sévère (avis pneumo ou ORL)

HyperTG > 5g/l résistante

MASH ou fibrose

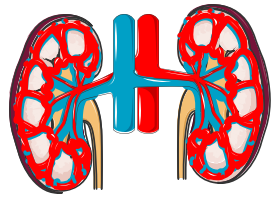




SOPK
Trouble de la fertilité (Avis PMA)

HTIC

Hernie pariétale



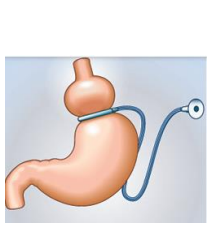
Maladie rénale chronique après avis néphro

Incontinence urinaire résistante après avis uro

SANS CONTRE-INDICATION

Trouble psychiatrique grave, TCA, Toxicomanie, CI anesthésique, Maladie incurable : Cirrhose Child B et C, Cancer <5 ans sauf avis onco)

L'OBESITE : Prise en charge chirurgicale



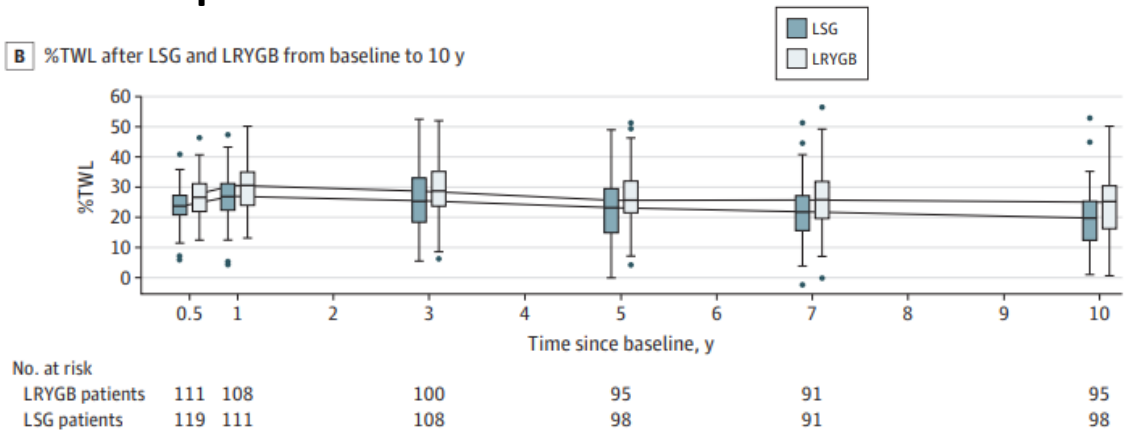
Anneau - Sleeve - By pass

Gain d'espérance de vie

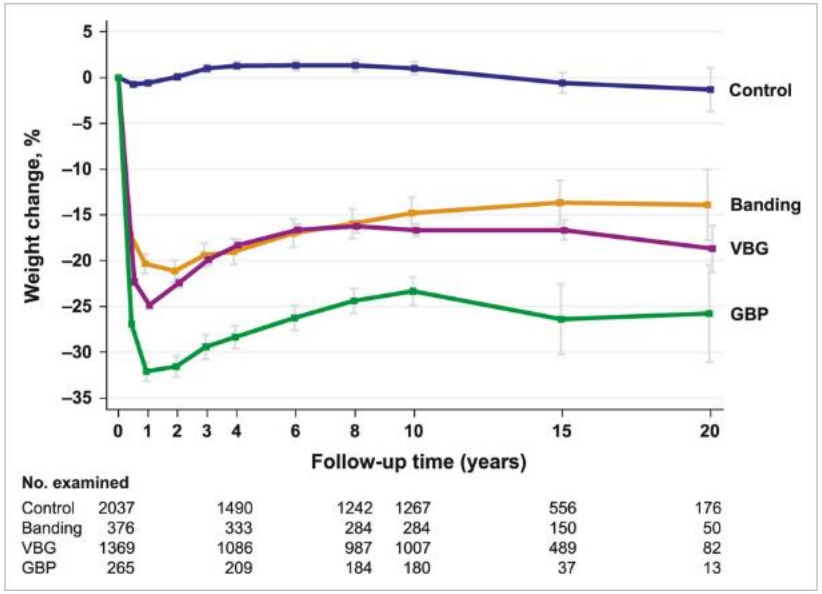
+ 6,1 ans tous patients opérés
+ 9,3 ans chez patients DT2

L.Syn et al (Lancet, 2021)

Perte de poids



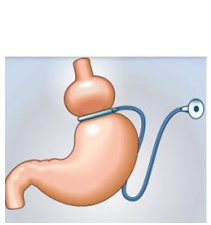
Etude Sleeve PASS : A 10 ans
Perte 23,4% du poids Sleeve
Perte 26,9% du poids By pass



Etude SOS Study : A 15 ans
Perte 18% du poids Sleeve
Perte 27% du poids By pass

Salminen et al, (JAMA, 2022)
L.Sjostrom et al (JIM, 2012)

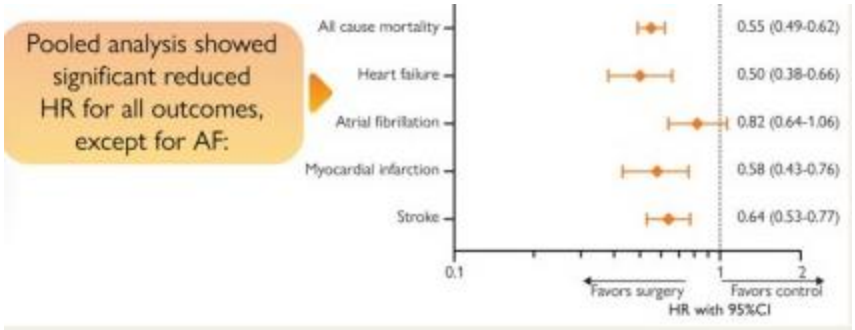
L'OBESITE : Prise en charge chirurgicale



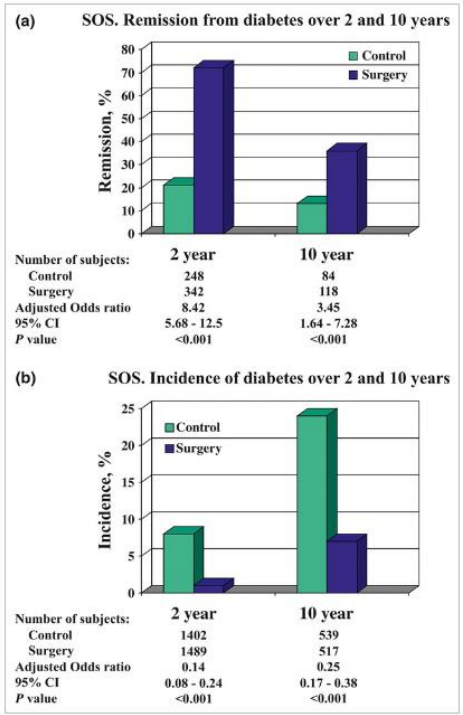
Anneau - Sleeve - By pass

Amélioration des comorbidités et de la qualité de vie des patients

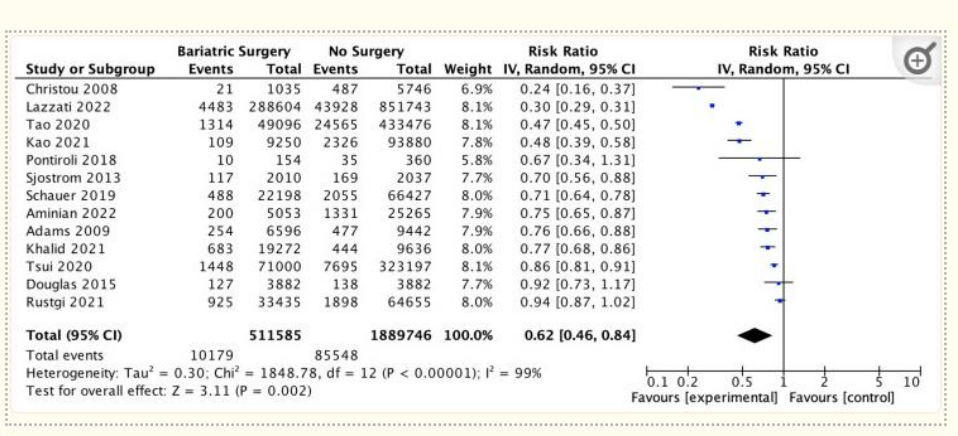
Comorbidités CV



Complications métaboliques



Risque de cancer



Risque sarcopénie
Risque ostéoporose
Risque carences
Risques psychologique

L.Sjostrom et al (JIM, 2012)
Wilson et al (IJMol Science, 2023)
L Van Veldhuisen et al (Eur Heart J, 2022)
Briscoll et al (Obésity, 2015)

L'OBESITE : Quelle prise en charge en 2025 ? – CONCLUSION

➔**Maladie chronique multifactorielle induite par la société sur un terrain génétique prédisposant**

➔**Nécessité d'une prise en charge MULTIDISCIPLINAIRE**

➔**Nouvelle ère pour les patients avec plus de choix de thérapeutiques pour les aider**

➔**Vers une médecine personnalisée**

➔**Nécessité d'un suivi pour l'adaptation et la personnalisation du suivi sous traitement**

Au moins 5 fruits et légumes
(1portion de fruit = 80-100g)
Pas plus d'1 verre de jus de fruit/jour
1 poignée de fruits à coque sans sel ajouté
Au moins 2 fois par semaine des légumineuses
Ex : lentilles, pois chiches, haricots...
Les légumineuses peuvent être considérées comme des substituts aux volailles
Produits céréaliers complets ou peu raffinés tous les jours

2 fois par semaine du poisson/fruits de mer

Limiter la consommation de viande rouge et privilégier la volaille

Se limiter à 500g de viande rouge/semaine

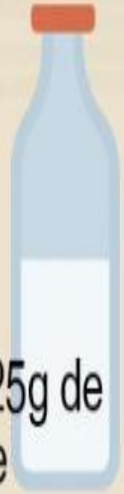
Limiter la consommation de charcuteries, produits sucrés, sodas et de sel

Se limiter à 150g de charcuterie/semaine
Privilégier le jambon blanc

Éviter les consommation excessives de matières grasses ajoutées

2 produits laitiers par jour

1 portion = 150mL de lait, 125g de yaourt, 30g de fromage



Produits céréaliers complets ou peu raffinés tous les jours

Eau à volonté !