



Nouvelle Labellisation Centre Spécialisé de l'Obésité Sud Aquitaine

Jeudi 22/01/2026

Dr AUBOUY – Mme THÉBAULT

Agenda

- Nouvelle filière de prise en charge de l'Obésité au CH de Pau
- Dernières recommandations concernant les Traitements Médicamenteux de l'Obésité (TMO)
- Focus Obésité Pédiatrique



Agenda

- Nouvelle filière de prise en charge de l'Obésité au CH de Pau
- Dernières recommandations concernant les Traitements Médicamenteux de l'Obésité (TMO)
- Focus Obésité Pédiatrique



Qui sommes-nous ?

- Équipe de coordination du CSO



Dr AUBOUY Emilie - Médecin Nutritionniste (DESC) & DU de Diabétologie, et Coordinatrice Médicale du CSO-SA

emilie.aubouy@ch-pau.fr



**Dr HARGAT Julie - Chirurgien viscéral et digestif & Chirurgien bariatrique
DIU Chirurgie de l'obésité**

julie.hargat@ch-pau.fr

& Dr NOC Maxence

maxence.noc@ch-pau.fr



Infirmière de Coordination

en cours de recrutement



Marie-Alix THÉBAULT - Coordinatrice Administrative du CSO-SA

csa.sa@ch-pau.fr



Dr ROBERT Virginie & Dr COULOUGNON Inès - Pédiatres

virginie.robert@ch-pau.fr

ines.coulougnon@ch-pau.fr

Prévalence de l'obésité

Prévalence en hausse constante depuis des décennies (x 3)



Désormais en France

48.8% de personnes sont en situation de surcharge pondérale (surpoids ou obésité)

18.1% en obésité, soit presque 10 Millions de français

Prévalence de l'obésité
selon la catégorie socioprofessionnelle



Source : Enquête OFEO 2024 (Observatoire Français d'Épidémiologie de l'Obésité) menée par la Ligue Contre l'Obésité

La Nouvelle-Aquitaine > à la moyenne nationale !

Surcharge pondérale Nouvelle-Aquitaine = **53.4 %** (+ 4.6 pts)

Surcharge pondérale dans le 40 = **56.1 %** (+ 7.3 pts)

Surcharge pondérale dans le 64 = **50.3 %** (+ 1.5 pts)

Surcharge pondérale France = 48.8 %

Obésité Nouvelle-Aquitaine = **19.8 %** (+ 1.7 pts)

Obésité dans le 40 = **20.8 %** (+ 2.7 pts)

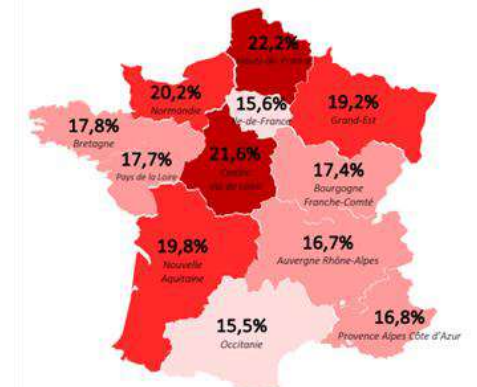
Obésité dans le 64 = **16.2 %**

Obésité France = 18.1 %

Source : Enquête Zoom Santé 2021 (Etat de santé ressenti des habitants de Nouvelle-Aquitaine) menée par l'ORS Nouvelle-Aquitaine

Prévalence de l'obésité

Moyenne nationale : 18,1%



L'obésité reste une maladie sous-estimée

Seules 28 % des personnes en situation d'obésité
(modérée, sévère ou massive) se déclarent en tant que telles*1

(*) : 3 réponses possibles :
Déjà concerné
Actuellement
Me préoccupe le plus



Personnes avec
obésité modérée
(IMC = 30 à < 35)

Déclarent
« Être en
obésité »

19 %



Personnes avec
obésité sévère
(IMC = 35 à < 40)

42 %



Personnes avec
obésité massive
(IMC ≥ 40)

67 %



n = 559

➔ 28 %

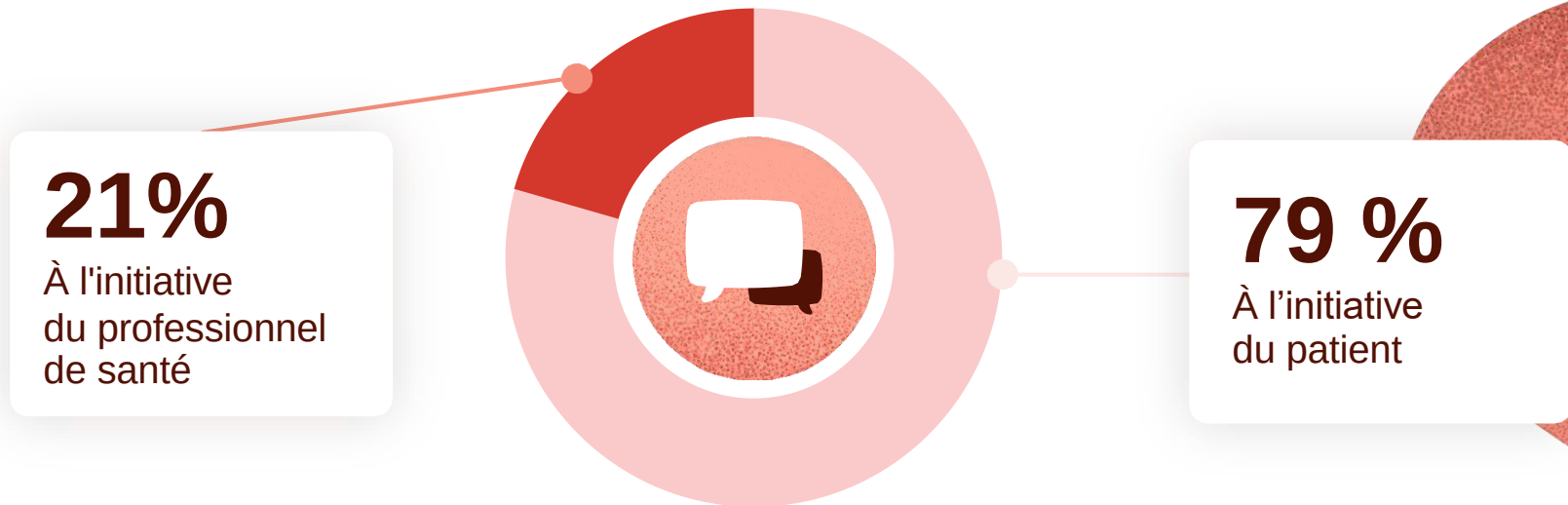
* Enquête française réalisée auprès de 1 835 personnes âgées d'au moins 18 ans, entre novembre et décembre 2023. L'échantillon permettait de comparer les réponses de Français n'ayant pas de problèmes de poids, présentant un surpoids ou présentant une obésité (modérée, sévère, massive).

1. Étude Perception de l'Obésité LCO-CNAO_Lilly - 2024

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Le poids, un sujet difficile à aborder en consultation

Une discussion initiale sur le poids :^{*1}



** Enquête française réalisée auprès de 1 835 personnes âgées d'au moins 18 ans, entre novembre et décembre 2023. L'échantillon permettait de comparer les réponses de Français n'ayant pas de problèmes de poids, présentant un surpoids ou présentant une obésité (modérée, sévère, massive).*

1. Étude Perception de l'Obésité LCO-CNAO_Lilly - 2024

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Des biais cognitifs toujours présents dans le milieu médical



Des stéréotypes associés aux personnes en situation d'obésité (par ex : paresseuses et non observantes).¹



Des temps de consultation **plus courts** pour les personnes en situation d'obésité.¹



Un contexte clinique pouvant contribuer à la stigmatisation (blouses, chaises, balances, tables d'examen non adaptées).¹



Une stigmatisation pouvant contribuer à **l'évitement de l'activité physique et des soins médicaux, et à l'isolement** ³

62 %

des femmes et 54 % des hommes en surpoids ou en situation d'obésité ont déclaré avoir entendu un commentaire inapproprié de la part de leur médecin ^{2*}



Les femmes subissent de façon plus importante que les hommes la pression sociale. ³

* Selon une enquête américaine réalisée auprès de 2 671 adultes en surpoids ou en situation d'obésité. ²

1. World Obesity Federation. Disponible sur <https://www.worldobesity.org/what-we-do/our-policy-priorities/weight-stigma> [Consulté le 26/02/2025].

2. Puhl RM, Brownell KD. Obesity (Silver Spring). 2006;14(10): 1802–1815

3. HAS et Assurance Maladie. Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Mis à jour en février 2024.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Le poids, un sujet difficile à aborder en consultation

Que pensent les médecins ? *1

16%

des professionnels de santé ne sont **pas à l'aise** pour entamer une **conversation sur le poids** de leur patient

90%

reconnaissent que le temps consacré à la prise en charge des patients en situation d'obésité est un **facteur limitant**

37%

ont des **sujets plus importants** à aborder

30%

pensent que les patients en situation d'obésité ont un **manque de motivation** pour la perte de poids

Errance thérapeutique = 10 ans (médiane)



AVC : Accident Vasculaire Cérébral ; BPCO : Bronchopneumopathie Pulmonaire Chronique Obstructive ; PdS : Professionnel de santé.

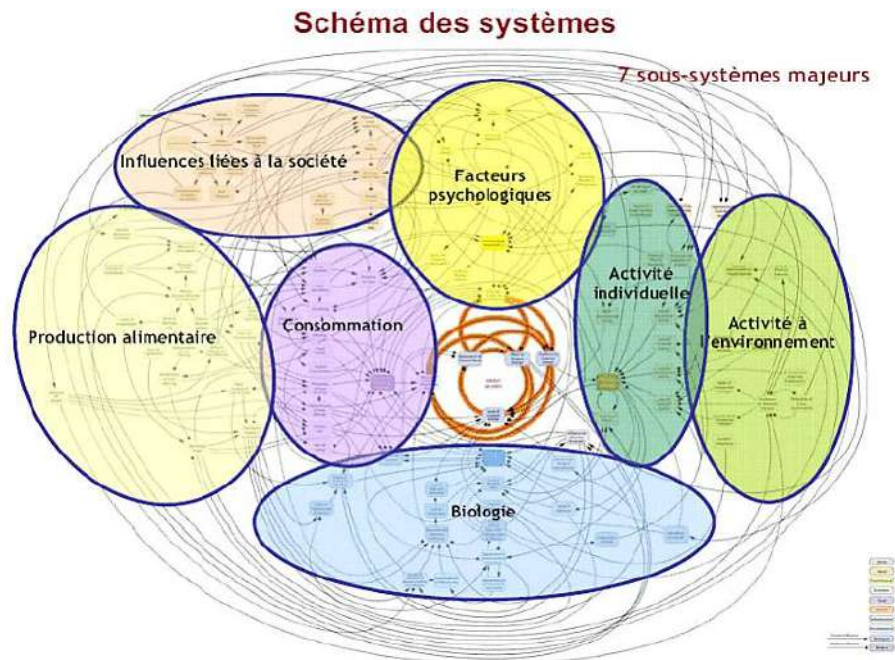
* Selon l'enquête française ACTION-FRANCE réalisée en ligne entre septembre 2022 et mars 2023, auprès de 1 226 patients adultes avec un IMC ≥ 27 kg/m² et de 166 professionnels de santé. Les professionnels de santé incluaient tous les PdS impliqués dans la prise en charge de l'obésité (médecin généraliste, infirmier, chirurgien, pharmacien, diététicien, psychologue, assistant médical, kinésithérapeute ou sage-femme), résidant et exerçant en France (métropole et DOM-TOM), âgés de plus de 18 ans

1. Salle L, et al. ACTION-FRANCE: Insights into Perceptions, Attitudes, and Barriers to Obesity Management in France. *J Clin Med.* 2024;13: 3519.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

Une maladie chronique complexe

- Dont la complexité est souvent sous-estimée !
- Aux causes plurifactorielles nombreuses
- Il n'existe pas une obésité, mais des obésités
- L'obésité est loin d'être la seule résultante du comportement et/ou de la volonté individuelle :
« manger moins, bouger plus » ➔ stigmatisant ➔ aggrave la maladie



- Génétique
- Maladie
- Handicap
- Traitement
- Changement hormonal
- Rythme de vie
- Environnement
- Polluant
- Stress
- Trauma
- Hygiène de vie
- Habitude alimentaire
- Sédentarité
- ...

Source : Foresight (2007) Tackling Obesity: Future Choices - Project Report. Government Office for Science UK

Déterminants et facteurs de risque

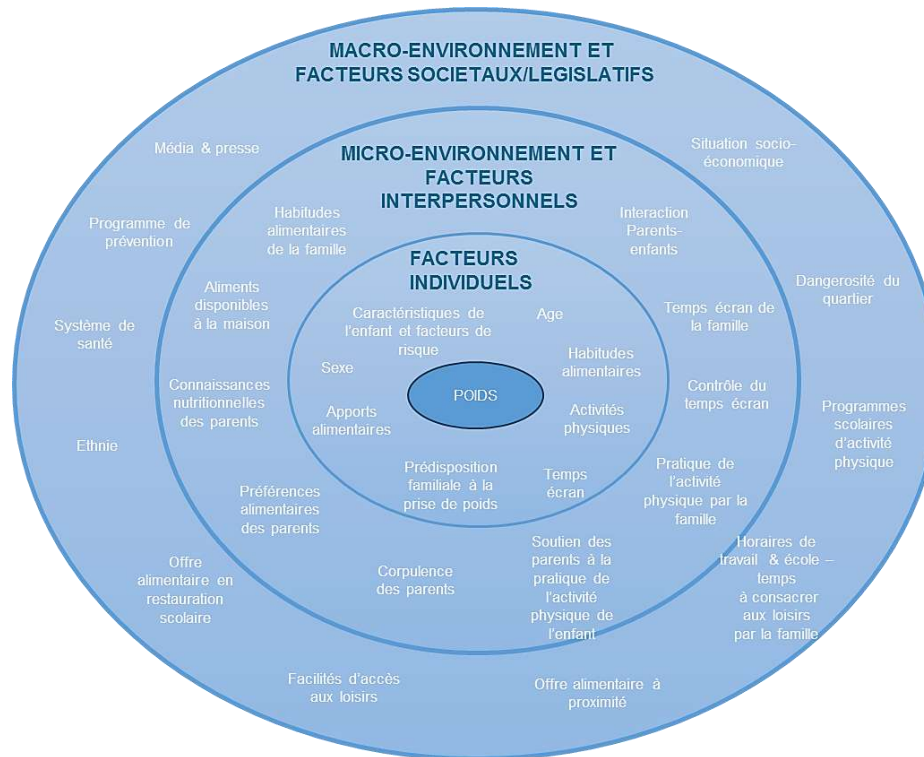
- L'obésité est rarement la conséquence d'une pathologie :

- Endocrinienne
- Syndromique
- Génétique

≈ 5 %

- Dans la grande majorité des cas, due à une intrication de facteurs...

≈ 95 %



Il est fondamental de décorréler...

- Confusion régulière

la notion de POIDS



de

la notion de SANTÉ

≠



Il existe des obésités sévères (à IMC fort) dites « saines » sans altération somatique...

Obésité préclinique et clinique

	Obésité préclinique	Obésité clinique
Excès d'adiposité	✓  (IMC) + ✓  (Tour de taille, etc...)	✓  (IMC) + ✓  (Tour de taille, etc...)
Mécanismes et physiopathologie	Altérations cellulaires et tissulaires → Modification de structure d'organes	Anomalies de fonction de tissus ou organes → Lésions des organes cibles
Manifestations cliniques	Mineures ou absentes (fonctions préservées de tous les organes)	Signes et symptômes Limitations des activités quotidiennes Complications
Détection et diagnostic	Mesures anthropométriques, antécédents médicaux, et examens complémentaires	
	  	   

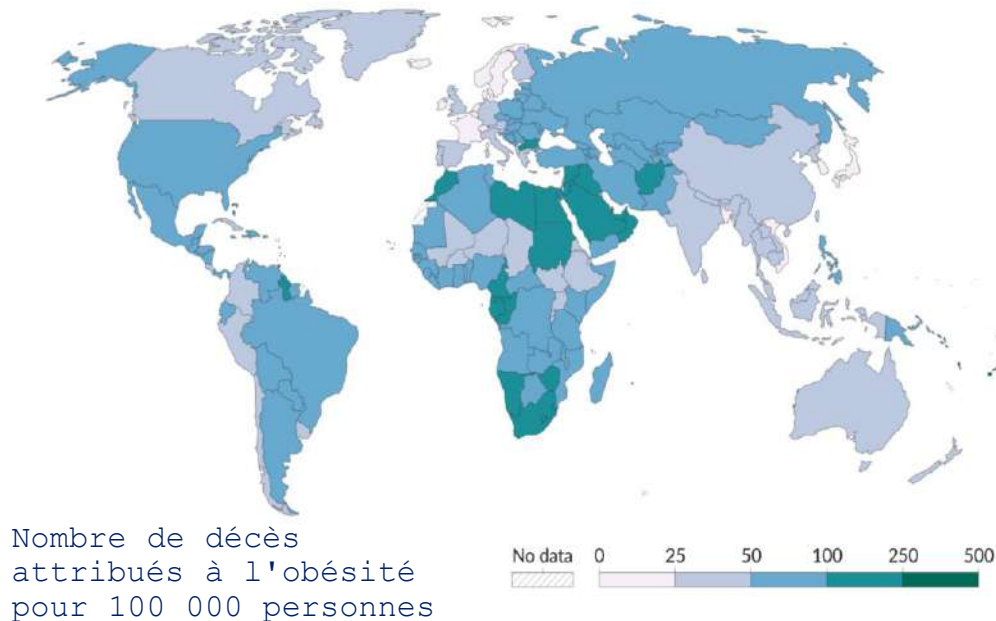
Obésité clinique et préclinique. Mécanismes de la physiopathologie, manifestations cliniques et méthodes de détection et de diagnostic. Rubino F, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Jan 9:S2213-8587(24)00316-4.

Une des principales causes de décès dans le monde ¹

Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE), l'obésité et les maladies associées réduiront l'espérance de vie mondiale de 0.9 à 4.2 ans au cours des 30 prochaines années (2.7 ans en moyenne par rapport à l'espérance de vie actuelle) ²

3,65 millions de décès
dus à l'obésité
dans le monde
en 2021 ¹

Taux de mortalité dû à l'obésité en 2021**³



6^{ème} cause de décès dans le monde^{1*}

* Derrière l'HTA, la pollution de l'air, le tabagisme, l'hyperglycémie et la pollution extérieure par les particules fines.

** Pour permettre des comparaisons entre les pays et dans le temps, cette mesure est normalisée en fonction de l'âge. L'obésité est définie comme ayant un IMC ≥ 30 kg/m². L'IMC est calculé en divisant le poids d'une personne (en kg) par sa taille (en m²).

1. Our World in Data. IHME, Global Burden of Disease (2024) Death by risk factors, World 2021. Disponible sur : <https://ourworldindata.org/obesity#note-4> [Consulté le 02/01/2025]
2. Drees. Surpoids et obésité : facteurs de risque et politiques de prévention en France et dans le monde. Paru le 17/07/2024. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/240717_DD-Surpoids-Obesite%C3%A9 [Consulté le 12/05/2025].
3. Our World in Data. IHME, Global Burden of Disease (2024) Death rate from obesity, 2021. Disponible sur : <https://ourworldindata.org/grapher/death-rate-from-obesity?time=latest&country=-TUR> [Consulté le 02/01/2025].

Labellisation CSO

Depuis le 1er Juillet 2025, le CH de Pau a été labellisé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine :

« Centre Spécialisé de l'Obésité Sud Aquitaine » (CSO-SA)

- 42 CSO en France (coordination GCC CSO) dont 4 en Nouvelle-Aquitaine
- Cahier des charges INSTRUCTION N° DGOS/R4/2023/143
- Territoire de référence du CSO-SA : Départements 64 + 40 (+ 65 avec CHU de Toulouse)
- Filière Obésité : 3 sous-composantes (pédiatrique, adulte médicale et chirurgicale)
- 2 missions principales :



M1

SOINS

La prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et/ou complexe

M2

FILIÈRE

L'organisation, animation et développement de la filière de soins en région



Le CSO au sein du CH de Pau

Mission M 1 (prise en soins)

1. Organisation de **réunions d'information** sur la PEC médicale et chirurgicale adulte
2. Ouverture d'une **nouvelle consultation NUTRITION-OBESITE** depuis le **1^{er} septembre 2025**
CS adulte IMC ≥ 30 kg/m²
3. Ouverture d'une **nouvelle unité NUTRITION-OBESITE (HJMO) : mars-avril 2026**
HDJ (+ possibilité d'HC dans les lits de diabéto)
4. Dépôt d'une **nouvelle autorisation SMR E2DN** mention digestif – (en attente d'instruction par l'ARS)
HDJ + HC
5. Dépôt d'un **nouveau programme ETP : en cours** (mi-2026)
« Nutrition, obésité et troubles des conduites alimentaires »
6. Réflexion sur la **filière obésité pédiatrique : en cours** (septembre 2026)
HDJ + CS de transition (+ possibilité d'HC dans les lits de médecine pédia)



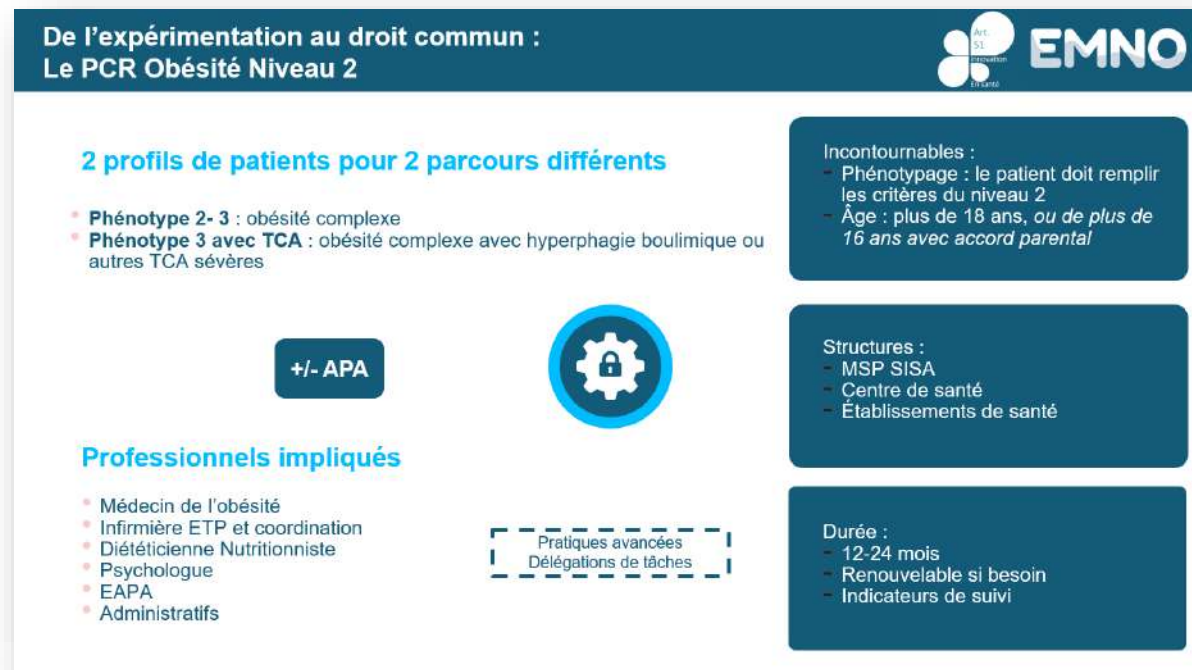
Le CSO au sein du CH de Pau

Mission M 2 (coordination territoriale)

- Organisation d'**1 COPIL territorial par trimestre** en visio
- **Cartographie** – Annuaire des professionnels de la filière : [Demande ARS](#)
- **Logigrammes** du parcours de soins : [Demande ARS](#)
- **Animation** de filière : [Journée Territoriale de l'Obésité](#)
- Poursuite des efforts de **structuration et lisibilité de la filière obésité pédiatrique et adulte** (prévention, 1^{er} et 2nd niveau de recours) :
[dont déploiement d'EMNO](#)
- Poursuite des actions de **sensibilisation** du grand public : [JMO](#)
et de **formation** des acteurs de la filière : [dont IPA, IDE Asalée, IFSI, IFCS...](#)
- Poursuite des actions de **coopérations** territoriales, régionales et inter-régionales
- Poursuite de la participation aux efforts de **recherche**



- Expérimentation article 51 portée pendant 5 ans par DR Gauthier, médecin NUT à Dijon
- En voie de passer dans le droit commun sous forme de PCR (Parcours Coordonné Renforcé) attente du Décret pour le 1^{er} semestre 2026 => 1^{er} PCR Obésité
- Création de 2 nouveaux forfaits de soins pluridisciplinaire en ville pour le Niveau 2 !
les patients accèderont à une PEC complète, financée par la CPAM, sans avance de frais



Principe de gradation des soins

La gradation en 3 niveaux de recours pour apporter une réponse adaptée :

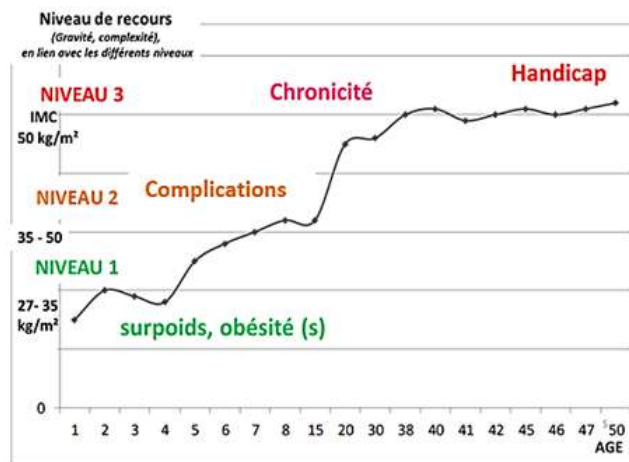
OBJECTIF

Améliorer la santé du patient et lui permettre de revenir à un niveau de prise en charge inférieur

Le niveau de recours fonction de

- IMC
- Retentissement médical
- Retentissement sur la qualité de vie ou fonctionnel
- Troubles psychopathologique et/ou cognitif et/ou du comportement
- Etiologie de l'obésité
- Comportement alimentaire
- Trajectoire pondérale

La prise en charge se fera en accord avec le patient (décision médicale partagée)



Des professionnels différents à chaque niveau...

CSO, CHU, centres intégrés
Médecins spécialistes, Chirurgiens...

Médecins spécialistes de l'obésité
coordonnent la PEC avec le MG
et psy + autres spécialistes concernés
et APA, SMR, programmes d'ETP, réseaux obésité...

Médecins généralistes
coordonnent la PEC avec
Diététiciens, IDE, Psy, pharmaciens, kiné,
APA, travailleurs sociaux...

toujours en lien avec le MG

Phénotypage de l'obésité

Un phénotype indispensable pour un diagnostic éclairé :



1^{er} niveau =
obésité grade 1

2^{ème} niveau =
obésité grade 2

3^{ème} niveau =
obésité grade 3

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

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 en ligne gratuit

en créant simplement un compte sur le site

<https://nuvee.fr/phenotypage-obesite>

Phénotypage de l'obésité

Créez gratuitement votre compte professionnel pour accéder à notre outil de phénotypage et à nos 18 modules e-learning associés.

* Tous les champs sont obligatoires

VOS COORDONNÉES

NOM _____ PRÉNOM _____

PROFESSION
Sélectionnez une profession ▼

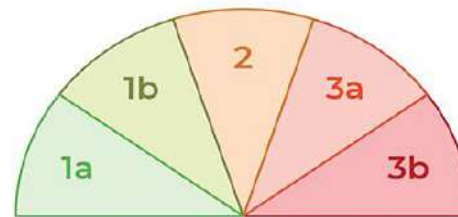
CODE POSTAL _____

ADRESSE MAIL _____

☐ En cochant cette case, je certifie sur l'honneur que je suis un professionnel de santé et que les informations communiquées sont exactes.

CRÉER MON COMPTE

Un phénotypage facilité par le numérique



Stades de sévérité

HAS

HAUTTE AUTORITÉ DE SANTÉ



01. IMC
02. Retentissement médical
03. Retentissement fonctionnel ou Impact sur la qualité de vie
04. Présence de troubles psychologiques, cognitifs ou comportementaux
05. Étiologie de l'obésité
06. Type de comportement alimentaire
07. Trajectoire pondérale

Place du médecin généraliste

→ Le médecin de ville connaît son patient :

- Relation de confiance et d'écoute, alliance thérapeutique
- Antécédents familiaux, contexte psycho-social familial et professionnel, histoire de vie, traitements en cours, évolution pondérale...

→ Le médecin de ville peut amorcer le dialogue et la prise en charge :

- Ceci implique d'arriver à « ouvrir la porte » ...
- De dépister, traiter, stabiliser, se coordonner avec les autres professionnels de ville (ide, diet, psy, apa-MSS...), les autres secteurs (médico-social, associatif...)
- D'initier les changements relatifs au mode de vie
- Possibilité de solliciter l'avis d'un médecin spécialiste de l'obésité si besoin (CSO-SA)
- Si aggravation, se coordonner avec le 2nd niveau de recours (médecin nutritionniste), +/- SMR et programme d'ETP
- En cas d'adressage au 2nd et/ou 3^{ème} niveau de recours, rester en lien avec le patient et les équipes soignantes, possibilité de participer aux RCP, et suivi à vie

→ Prise en soins holistique et personnalisée

3 situations possibles

LE PATIENT ...

1...est préoccupé par son poids :

- Rassurer
 - Rarement une urgence vitale
 - L'excès de poids est un dysfonctionnement du corps
 - Expliquer le rôle du tube digestif, du tissu adipeux, du cerveau
- Quelles sont vos principales difficultés ?

2...pense ne pas avoir un problème de poids :

- Contexte culturel et/ou familial

3...ne souhaite pas parler de poids :

- Histoire personnelle douloureuse (psychotraumas), harcèlement scolaire, mauvaise estime de soi...

➔ Lui dire qu'on est là pour l'aider, s'il le souhaite

Quand et comment aborder le sujet ?

➤ Créer un environnement propice

- Climat de **confiance** et de **sécurité**
- Grande **écoute**, **bienveillance**, **empathie**, **non jugement**
- Accueillir la personne dans sa **globalité**, avec son histoire de vie
- Évaluer le **moment** (état de la personne, motivation, réceptivité...)
- Obtenir son **consentement** (en parler, se peser, se mesurer...)
- Posture de **tandem** (égal à égal = savoir théorique / expérientiel)
- Utiliser la **reformulation** / **résumer** : sentiment d'être compris +++
- Toujours **valoriser**, susciter l'**autonomisation**
- Être **adapté** (objectifs, propositions, matériel, mobilier...)
- Possibilité de mobiliser / solliciter le soutien de l'**entourage**

➤ Questionner avec bienveillance

- **Comment vous sentez-vous** de manière générale (physiquement, mentalement...) ?
- **Êtes-vous confortable au quotidien**, dans vos activités, dans vos déplacements... ?
- Vous sentez-vous parfois limité(e) ?
- **Est-ce un sujet d'inquiétude ?**
- Y avez-vous déjà réfléchi ? Qu'en pensez-vous ?
- **Seriez-vous d'accord pour en parler ensemble ?**
- Seriez-vous d'accord pour réaliser un bilan de santé spécifique ? ...

➔ Prendre RDV pour une consultation dédiée

C'est le patient qui guide (ce qu'il peut faire, selon ses possibilités et sa motivation)

Repartir de SES habitudes de vie

Identifier ensemble la + petite action possible

- Favoriser les succès, même petits
- Stabiliser le poids
- Redonner confiance et encourager

Une multidisciplinarité indispensable

Endocrinologue
Nutritionniste
Chirurgien

Infirmière
Diététicienne
Psychologue
Enseignante en APA

Assistante sociale

Gastroentérologue
Anesthésiste

Cardiologue
Pneumologue
Radiologue
Gynécologue
Psychiatre

Association de patients



Bon à savoir

- **Prévalence non négligeable de psychotraumas ***
40% des ♀ en obésité victime d'abus sexuels, viols ou incestes dans l'enfance
- **Prévalence non négligeable de TCA ****  Prévalence des TCA = 17% des Français
28.8% des patients avec un TCA souffrent ou ont souffert d'obésité au cours de leur vie. Parmi ces patients présentant un TCA et une obésité au cours de leur vie :
88% d'hyperphagie boulimie + 33% de boulimie + 21% de TCA atypiques
- **Risque important de (re)chutes addictives *****
x 3 risque de dépendance à l'alcool après une chirurgie bariatrique (by-pass)



- OBJECTIFS :**
- Une prise en soins complète : toute population - tout âge
 - Permettre un accompagnement global de la personne, à vie, avec un plan personnalisé de soins et une prise en charge des TCA

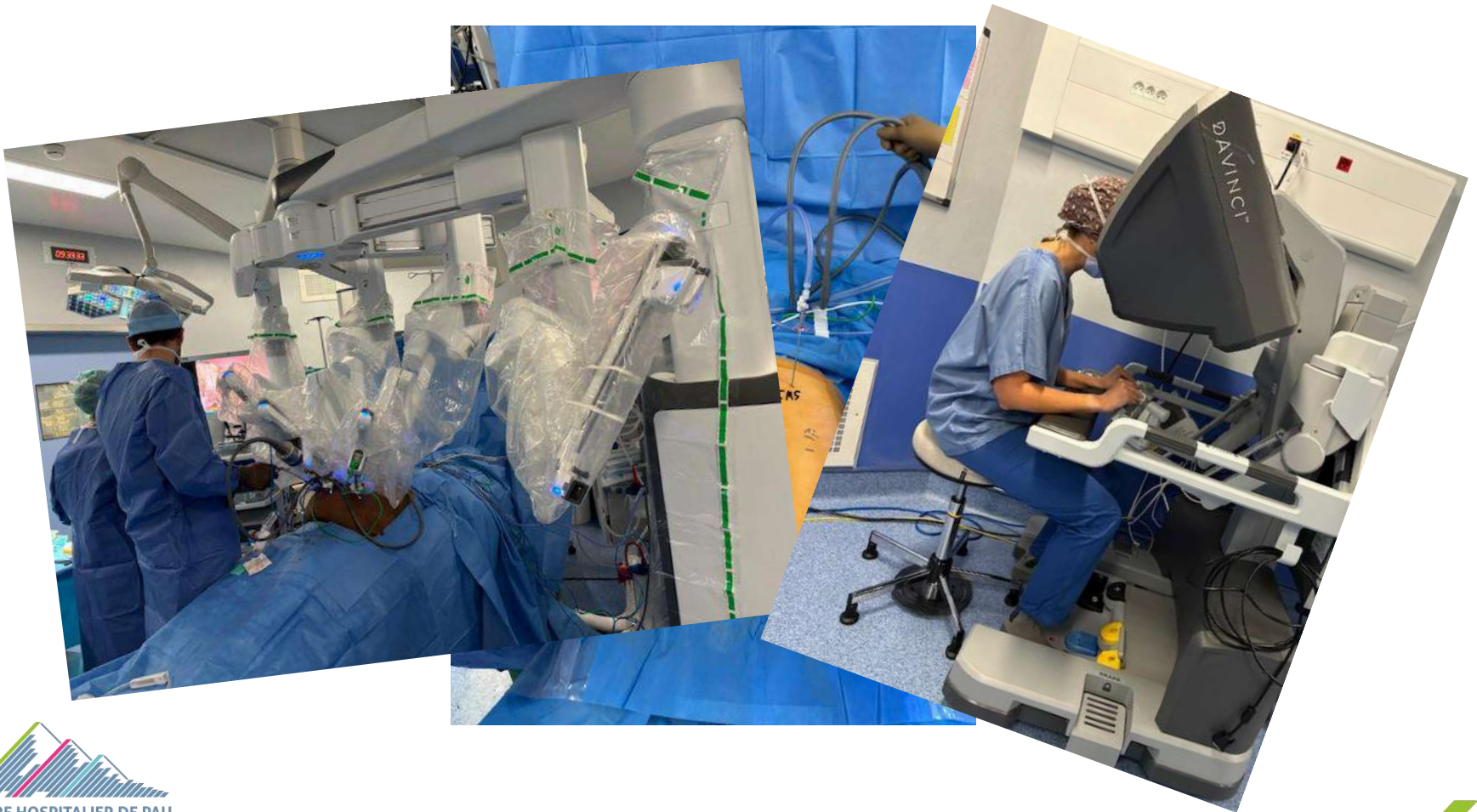
La chirurgie de l'obésité au CH de Pau

Après un parcours médical bien conduit

- Quel patient ?
 - Le traitement chirurgical n'est proposé en dernier recours, après échec du traitement médical bien conduit (6 mois ou +)
 - $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou
 - $IMC \geq 35 \text{ kg/m}^2$ associé à une ou plusieurs comorbidités
 - Chirurgie métabolique
 - IMC entre 30 et 35 + diabète non/mal équilibré (1 an)
- Comment ?
 - RCP
 - Préparation physique / mentale
 - Suivi (pré) et post-op protocolisé
 - RAAC

Nouveauté au CH de Pau

- Au bloc : chirurgie coelioscopique robot assistée



Soirée d'ouverture

À VENIR
(avril)

- De la nouvelle Unité Nutrition-Obésité
 - Avec visite des locaux
 - Et rencontre de l'équipe
- ⇒ La date sera communiquée prochainement sur www.ch-pau.fr et sur les réseaux sociaux



Agenda

- Nouvelle filière de prise en charge de l'Obésité au CH de Pau
- **Dernières recommandations concernant les Traitements Médicamenteux de l'Obésité (TMO)**
- Focus Obésité Pédiatrique



Cas clinique

Mme B., 35 ans, comptable, 2 enfants.

Prise de poids au moment des grossesses, puis après diminution de son activité physique suite à une entorse de cheville.

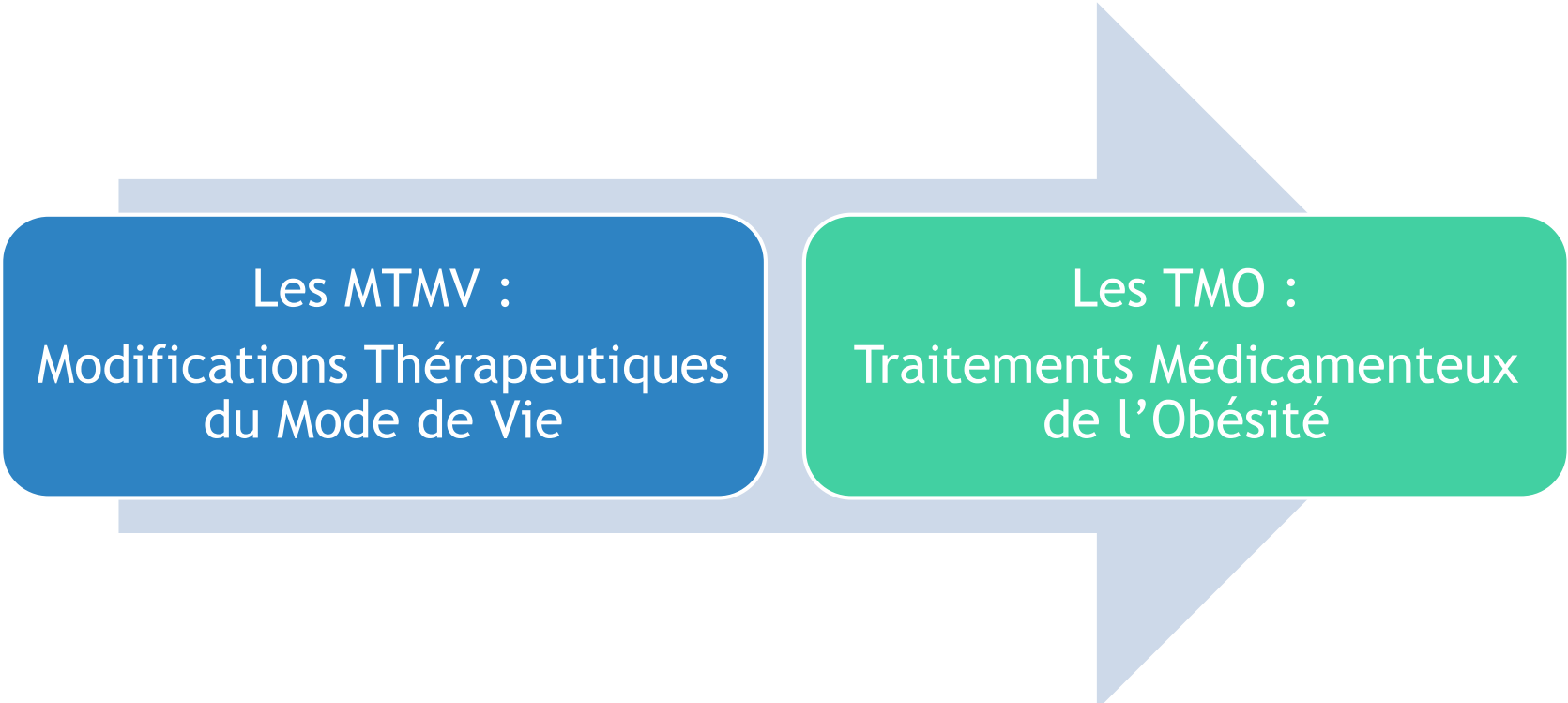
Poids 102 kg, IMC 37,9 kg/m².

Comorbidités : HTA traitée par Ramipril

Elle a entendu parler de traitement contre l'obésité et souhaite en discuter avec vous :

- Elle se demande si ça marche ?
- Et la durée du traitement ?

La prise en charge de l'Obésité



Les MTMV :
Modifications Thérapeutiques
du Mode de Vie

Les TMO :
Traitements Médicamenteux
de l'Obésité

La prise en charge de l'Obésité

Les MTMV :
Modifications Thérapeutiques
du Mode de Vie

Les TMO :
Traitements Médicamenteux
de l'Obésité

Modifications Thérapeutiques du Mode de Vie (MTMV)



■ Objectif :

- Comprendre et analyser l'histoire pondérale
- Améliorer les connaissances et compétences
- Faire regagner en qualité de vie, en santé, en estime de soi, en confiance, apprendre à mieux gérer ses émotions, à réguler son comportement alimentaire, à se mouvoir... avec plaisir !
- Apprendre à s'autonomiser au quotidien
- Modifier leur hygiène de vie de manière progressive et durable

■ Comment :

- Par une prise en charge globale, bienveillante et respectueuse, centrée sur la personne et son vécu
- Par une prise en charge spécifique des TCA

Les MTMV

La médecine du **mode de vie**



Prendre le temps

- Les changements opérés vont être **profonds** et vont avoir des **conséquences sur toute la personne** (physique, psychique, relation avec soi, relation aux autres, comportements...), et pas uniquement sur le poids.
- Modifier l'hygiène de vie et les comportements : ça prend du temps.

**Mieux vaut prendre le temps
et les préparer de manière adéquate
pour + de chance de succès par la suite**



Apaiser son rapport

à l'alimentation

au corps



Apaiser son rapport

à soi



Gestion des
émotions



Estime
de soi



Autocompassion



Affirmation
de soi



La stigmatisation est l'affaire de tous



➔ 70% chez les personnes en obésité subissent des discriminations de manière hebdomadaire !

- Discriminations subies *
 - 23% des personnes en obésité
 - 41% des personnes en obésité massive
 - 47% des jeunes femmes en obésité
- De manière répétées et partout :
 - 50% dans la sphère publique
 - 45% dans le domaine scolaire ou professionnel
 - 22% dans la sphère familiale
 - 19% dans la sphère médicale
- Les enfants aussi :
 - 40% des 8-17 ans en obésité
 - 54% des jeunes filles en obésité

- L'obésité influence les trajectoires individuelles, et l'ensemble du tissu économique et social : en 2024, 273 000 femmes ont été exclues du marché du travail en raison de leur obésité **

Impact de la stigmatisation

- Diminution du comportement de recherche de bonne santé
- Aggravation du surpoids et de l'obésité
- Répercussions psychiques et somatiques
- **Trouble de l'adaptation, du développement des apprentissages et des compétences psychosociales, altération du développement cognitif**
- **Troubles du comportement alimentaire, addictions (toxicomanie)**
- **Troubles de l'image corporelle**
- **Problème d'intégration sociale** (anxiété, isolement, désocialisation)
- Impact négatif sur la trajectoire sociale (la corpulence définit la position sociale)
- **Dévalorisation de soi, problème d'image et d'estime de soi**
- **Dépression, idée et passage à l'acte suicidaire**



Les dispositifs partenaires

MON SOUTIEN PSY
En parler, c'est déjà se soigner

Mon soutien psy (dès 3 ans)
 Bénéficiez de séances remboursées chez un psychologue conventionné avec l'Assurance maladie

mon soutien psy.sante.gouv.fr

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

mon soutien psy.sante.gouv.fr

MAIRIE DE PAU

peps *prescription d'exercice physique pour la santé*

MAISONS SPORT SANTÉ
 En Vie d'Activité

Tout **médecin** peut prescrire de l'**exercice physique** pour la **santé**

Découvrez comment avec le programme **PEPS*** en Nouvelle-Aquitaine

*Prescription d'Exercice Physique pour la Santé

Schéma du dispositif prescription d'activité physique

Pratique encadrée DECLIC
 Publics accueillis : sédentaires / inactifs ou porteurs de pathologies chroniques avec limitation ou à faibles facteurs de risque
 Charte "Declic"

Pratique encadrée CLASSIQUE
 et
Pratique AUTONOME

Pratique encadrée ELAN
 Publics accueillis : sédentaires / inactifs ou porteurs de pathologies chroniques très éloignés de l'activité chronique
 Charte "Elan"

☑ : Retours effectués au médecin ou au coordonnateur territorial

Coordinateur PEPS 64 : coordo64@peps-na.fr
 Coordinateur PEPS 40 : coordo40@peps-na.fr

ETHNA
 EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN NOUVELLE-AQUITAINE

Liste des programmes ETP en Nouvelle Aquitaine :
<https://ethna.net/programmes>

Les associations de patients



Rondisport40 Sleeve Bypass | Facebook
rondisport40@gmail.com



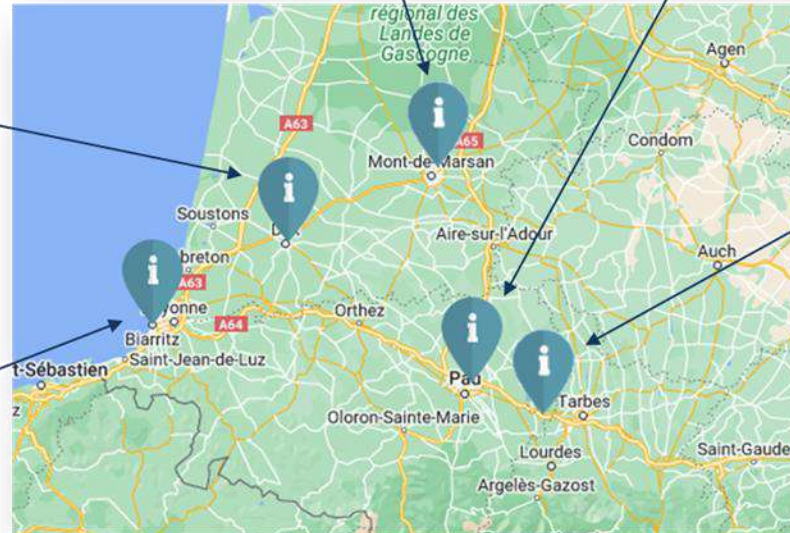
<https://vivreenformes.home.blog>
asso.vivreenformes@gmail.com



<https://www.chrysalides40.fr>
assoc.chrysalides@gmail.com



<https://www.associationcocon64.org>
associationcocon64@gmail.com



<https://www.facebook.com/groups/202025674960453/>
obesitaide@yahoo.fr

La prise en charge de l'Obésité

Les MTMV :
Modifications Thérapeutiques
du Mode de Vie

Les TMO :
Traitements Médicamenteux
de l'Obésité

Nouveau site internet du GCC-CSO

➔ www.obesitefrance.fr

Prise de position nationale
sur les TMO et leur
accompagnement en pratique

GCC CSO
CENTRE SPÉCIALISÉ DE L'OBÉSITÉ

Bienvenue sur le site des
Centres Spécialisés de l'Obésité
de France

Le Groupe de Concertation et de Coordination
des Centres Spécialisés de l'Obésité (GCC
CSO) représente la coordination nationale des
37 CSO nés à partir du plan obésité 2010-
2013. Ces CSO ont deux missions : la prise en
charge de l'obésité sévère et/ou complexe, et
l'organisation et le développement de la filière
obésité sur leur territoire.

► [Plus d'informations ici](#)

Avec le soutien du

**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ,
DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

**Les 42 Centres
Spécialisés
de l'Obésité
en France**

Prise de position du GCC-CSO

➡ Retrouver le REPLAY sur les TMO + les supports à télécharger

<https://www.obesitefrance.fr/actualites/prise-de-position-nationale-sur-les-traitements-medicamenteux-de-l'obesite-et-leur-accompagnement-en-pratique>

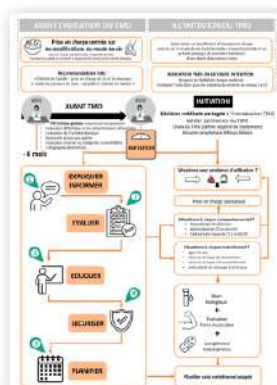


Retrouvez le **REPLAY** de la web-emission du mardi 25 novembre 2025 ci-dessous :

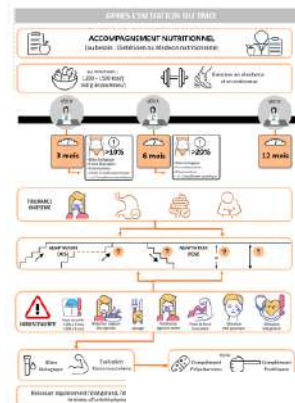
Webinaire sur la prise de position GCC-CSO sur les traitements médicamenteux de l'obésité (TMO)



Parcours de soins



Ressources



Les différents traitements



LIRAGLUTIDE 3 mg

Analogue GLP1
Cible : GLP1-R
Administration quotidienne SC
A partir de 6 ans
IMC >30 ou 27 + comorbidités

SEMAGLUTIDE 2.4 mg

Analogue GLP1
Cible : GLP1-R
Administration hebdomadaire SC
A partir de 12 ans
IMC >30 ou 27 + comorbidités

TIRZEPATIDE 5 à 15 mg

Agoniste GIP-R et GLP1-R
Cible : GLP1-R et GIP-R
Administration hebdomadaire SC
A partir de 18 ans
IMC >30 ou 27 + comorbidités

Depuis le 23/06/2025 :

La prescription des TMO est possible par tout médecin, en initiation ou en renouvellement. À date, elle ne bénéficie d'aucune prise en charge par la SS.

L'essentiel

Prescription de deuxième intention

Patients ayant déjà bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle, comportementale (incluant la qualité du sommeil et la gestion du stress) et en activité physique de première intention **(AE)**

Dans le cadre d'une **décision médicale partagée** et dans une démarche centrée sur le patient **sous la responsabilité du prescripteur qui doit en assurer le suivi régulier. (AE)**

Le prescripteur doit s'assurer d'un **accompagnement du TMO par un professionnel de santé compétent en nutrition**, qu'il s'agisse de lui-même ou d'une tierce personne (diététiciens ou médecins nutritionnistes) **(AE)**

Privilégier l'utilisation des TMO chez les patients atteints d'obésité dont la sévérité est de niveau 2 ou 3 selon la HAS (AE)

Mécanismes d'action et effets attendus des TMO

A. 5

↘ 30% des apports alimentaires
↘ faim et ↗ rassasiement, ↘ craving



Information destinée aux patients sur l'efficacité des TMO

- La perte de poids est progressivement obtenue pendant la première année (certains patients atteignent le poids le plus bas plus tôt). Cette phase est suivie par un plateau de maintien du poids perdu si le traitement est maintenu à la dose qui a permis d'arriver au plateau. A l'arrêt du traitement, on observe une reprise de 70% du poids perdu en 12 mois. Les TMO sont des traitements chroniques de l'obésité à prendre au long cours.
- Les femmes en âge d'avoir des enfants doivent prendre une contraception efficace lors de la prise de ces traitements et ne pas les utiliser en cas de grossesse ou d'allaitement.
- La perte de poids est variable selon la molécule, selon la dose, mais aussi selon certaines caractéristiques cliniques des patients (par exemple les femmes perdent plus que les hommes, de même les personnes sans diabète répondent mieux que les personnes avec diabète).
- Même s'ils fonctionnent très bien chez la majorité des patients, certains patients sont considérés comme moins bons voire mauvais répondeurs. Il est encore difficile de savoir prédire avant l'initiation du TMO la qualité de la réponse pondérale que vous pourrez atteindre.
- L'importance de la perte de poids attendue est variable selon la molécule choisie, mais le médecin vous prescrira celle qui permettra d'améliorer au mieux votre santé globale (c'est-à-dire vous permettre de perdre du poids mais aussi d'améliorer les autres maladies associées à l'obésité).
- En cas d'insuffisance de perte de poids, le médecin spécialiste pourra décider de modifier la stratégie des traitements au bout de 6 à 12 mois.

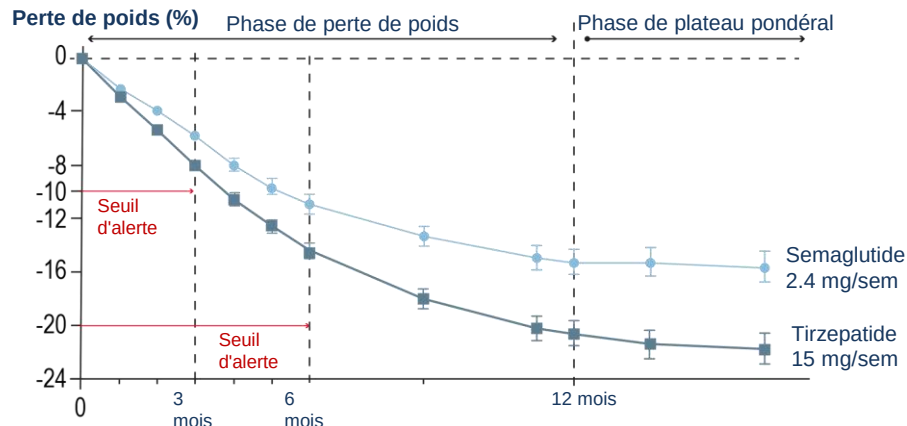
A IMPRIMER !

Cinétique pondérale sous traitement

Les TMO réduisent de 30% les apports alimentaires, réduisent la faim et accélèrent le rassasiement.

Cinétique de perte de poids :

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



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%

En cas de réponse pondérale jugée insuffisante au plateau, avant de modifier ou d'arrêter le TMO :

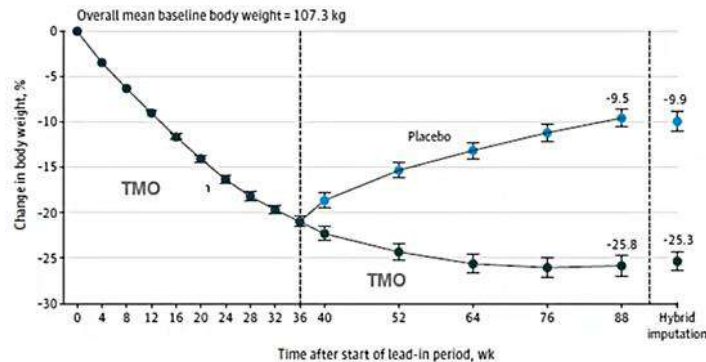
- Rechercher, prendre en charge si besoin : comportement alimentaire, activité physique/sédentarité, contexte psychologique
- Evaluer les autres bénéfices extra-pondéraux
- Prendre l'avis auprès d'un médecin spécialiste de l'obésité.

Quelle durée de traitement ?

Arrêt possible ?

A. 4

Le maintien du TMO au plateau pondéral (à la dose ayant permis d'atteindre le plateau) permet habituellement de maintenir la perte de poids (recul actuel de 3-4 ans). (A)



Adapté de Aronne et al JAMA 2023

Il n'existe **pas actuellement de données** permettant de proposer une **adaptation du TMO** (changement de dose, de molécule, de fréquence d'administration) comme **traitement d'entretien** une fois le plateau pondéral atteint. (AE)

L'arrêt du TMO au plateau pondéral s'accompagne le plus souvent d'une reprise pondérale significative, de l'ordre de deux tiers (~70 %) du poids perdu au cours de l'année suivant l'arrêt. (A)

Dans ce contexte, **le GT recommande de maintenir le traitement sur le long terme**, avec une réévaluation régulière du traitement, à la dose ayant permis d'atteindre le plateau (jusqu'à l'obtention de nouvelles données de la littérature). (AE)

Prescription phénotypique des TMO

L'efficacité sur les comorbidités participe au choix d'un TMO

- en fonction de l'objectif médical partagé (et pas seulement les effets pondéraux)

En l'état actuel des connaissances, quel TMO privilégier selon le phénotype du patient ?

- Protection cardiovasculaire (en prévention 2^{aire})
 - Si DT2 : tirzépate (dose maximale tolérée) **(B)**
 - Sinon : sémaglutide 2,4 mg/sem (dose maximale tolérée) **(A)**
- Insuffisance cardiaque à FEVG
 - préservée : sémaglutide 2,4 mg/sem **(B)** ou tirzépate 15 mg/sem **(B)**
 - altérée (et en prévention 2^{aire}) : sémaglutide 2,4 mg/sem **(B)**
- MASH (+/- fibrose hépatique) : sémaglutide 2,4 mg/sem **(A)**
- SAHOS : tirzépate 15 mg/sem **(A)**
- Gonarthrose : sémaglutide 2,4mg/ semaine **(A)**
- Prévention du DT2 : l'un des 3 TMO disponibles

	Liraglutide	Sémaglutide	Tirzépate
Prévention CV secondaire sans DT2		•	
Prévention CV secondaire avec DT2			
Insuffisance cardiaque à FEVG préservée		•	•
Insuffisance cardiaque à FEVG réduite		•	
MASH		•	
SAHOS modéré à sévère			•
Gonarthrose sévère		•	
Pré-diabète	•	•	•
Diabète de type 2	•	•	•



Bénéfice démontré



TMO à privilégier

(A) avis fort, (B) avis faible, (AE) accord d'expert

SAHOS : syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil, MASH maladie hépatique métabolique

Rôle du DIET avant initiation du TMO



Evaluation comportementale

Sensations alimentaires

TCA



Evaluation diététique

Évaluation macronutriments (surtout protéines)

Evaluation calorique très globale

Rythme alimentaire



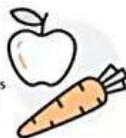
**Evaluation de l'activité physique et sportive et
lutte contre la sédentarité**

Que manger sous TMO ?

A IMPRIMER !

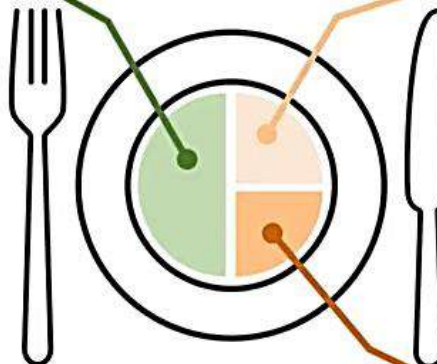
FRUITS ET LEGUMES

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'OBESE ?



MATIERES GRASSES



Privilégier : Graisses riches en oméga 3, huile d'olive et huiles végétales, fruits oléagineux et graines, avocat, poissons gras
Limiter : beurre, huile de palme et de coco, graisses saturées
Cible : 27-58g de graisses/j (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

CALORIES



Femmes: au moins 1200-1500 kcal/j
Hommes: au moins 1500-1800 kcal/j
Au moins 2 repas par jour

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

PROTEINES



1/4 de l'assiette

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

COMPLEMENTS EN PROTEINES



A considérer en cas de forte réduction des ingesta ou de risque de sarcopénie
15-20g de protéines par portion

CEREALES COMPLETES



1/4 de l'assiette

Privilégier : céréales complètes, pain complet, pâtes complètes
Limiter : farines et céréales raffinées (pain blanc, pâtes blanches, riz blanc, Pâtisseries)
Cible : 130-250 g/j (45 à 65% des Kcal)

ACTIVITE PHYSIQUE



Exercices en endurance
Renforcement musculaire

Risque de dénutrition

Que représente 60 g de protéines ?

20 g de protéines	100 g de viandes rouges 100 g de viandes blanches 100 g de poissons 80 g de thon en boîte 75 g de crevettes 2 œufs
10 g de protéines	90 g moules 50 g de jambon cuit (= 1 tranche) 2 petits suisses 50 g d'amandes (= 35 amandes) 100 g de farine
5 g de protéines	30 g de fromage 150 ml de lait 1 yaourt ou 100 g de fromage blanc à 20% 60 g de pain ou 250 g de féculents 300 g de légumes secs 500 g de légumes 25 g de noix (10 cerneaux)

Petit déjeuner

60 g de pain
10 g beurre
Thé

Protéines

5 g

Midi

1 assiette de crudité
1 steak haché 100g
150g de pâtes
1 yaourt
1 poire

20 g

5 g

Gouter

60 g pain
30 g de gruyère

5 g

5 g

Soir

1 tranche jambon
200 g d'épinards à la crème
2 petits suisses
1 compote de pommes

10 g

10 g

Effets indésirables sous TMO

A. 13

du GT :

A l'initiation d'un TMO et au cours du suivi, le GT recommande d'informer le patient sur les éléments suivants :

- La survenue d'effets secondaires digestifs est fréquente sous TMO (cf [Tableau 5](#)). (A)
- Les effets indésirables digestifs surviennent essentiellement pendant la phase d'escalade de dose et sont habituellement temporaires et d'intensité légère à modérée. Ils n'entraînent que rarement l'arrêt du traitement (<10% dans les ERC). (A)

	Liraglutide 3mg/jour	placebo	Sémaglutide 2,4mg/sem	placebo	Tirzépate 15mg/sem	placebo
Nausées	41%	17%	44%	16%	31%	8%
Vomissements	20%	5%	24%	6%	13%	2%
Diarrhées	25%	14%	30%	16%	23%	8%
Constipation	22%	11%	24%	11%	20%	5%

A. 13

NAUSEES



VOMISSEMENTS



DOULEURS
ABDOMINALES



DIARRHEES



CONSTIPATION



PEC DIET

des effets indésirables sous TMO

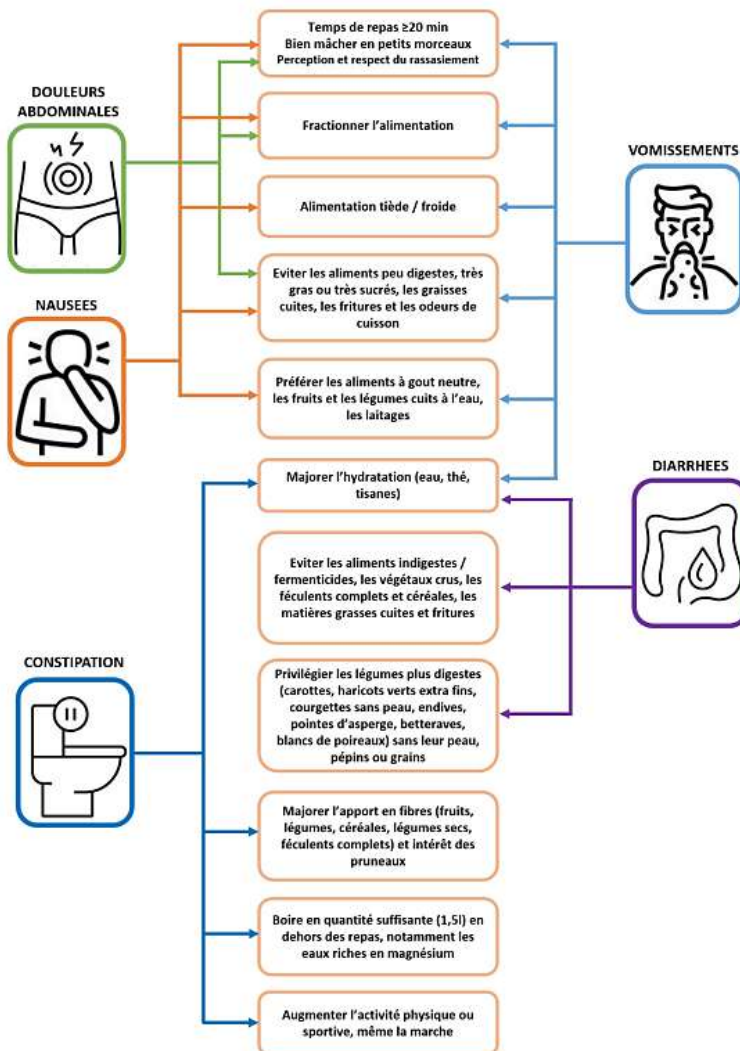
Conseils Généraux

1. Temps de repas ≥ 20 min
2. Bien mâcher en petits morceaux
3. Perception et respect du rassasiement



Adaptation

Adaptation de l'alimentation peut être nécessaire si un Effet Indésirable Digestif apparaît



PEC DIET

des effets indésirables sous TMO

	Nausées	Vomissements	Diarrhées	Douleurs abdominales	Constipation
Fractionner l'alimentation	x	x		x	
Alimentation tiède / froide	x	x			
Eviter les aliments peu digestes, très gras ou très sucrés, à goût fort, les graisses cuites, les fritures et les odeurs de cuisson.	x	x		x	
Préférer les aliments à goût neutre, les fruits et les légumes cuits à l'eau, les laitages.	x	x	x		
Majorer l'hydratation (eau, thé, tisane notamment)		x	x		x
Eviter les aliments indigestes / fermentescibles, les végétaux crus, les féculents complets et céréales, les matières grasses cuites et friture			x		
Privilégier les légumes plus digestes (carottes, haricots verts extra-fins, courgettes sans peaux, endives, pointes d'asperges, betteraves, blanc de poireaux), sans leur peau, ni pépin, ni grains					
Majorer l'apports en fibres (solubles comme insolubles) comme les fruits, légumes, céréales, légumes secs, féculents complets intérêt des pruneaux					x
Boire en quantité suffisante (1.5L) en dehors des repas, notamment les eaux riches en Magnésium (> 50mg Mg2+/L)					x
Augmenter l'activité physique ou sportive, même la marche					x
Insister sur l'adhésion aux conseils généraux	x	x		x	

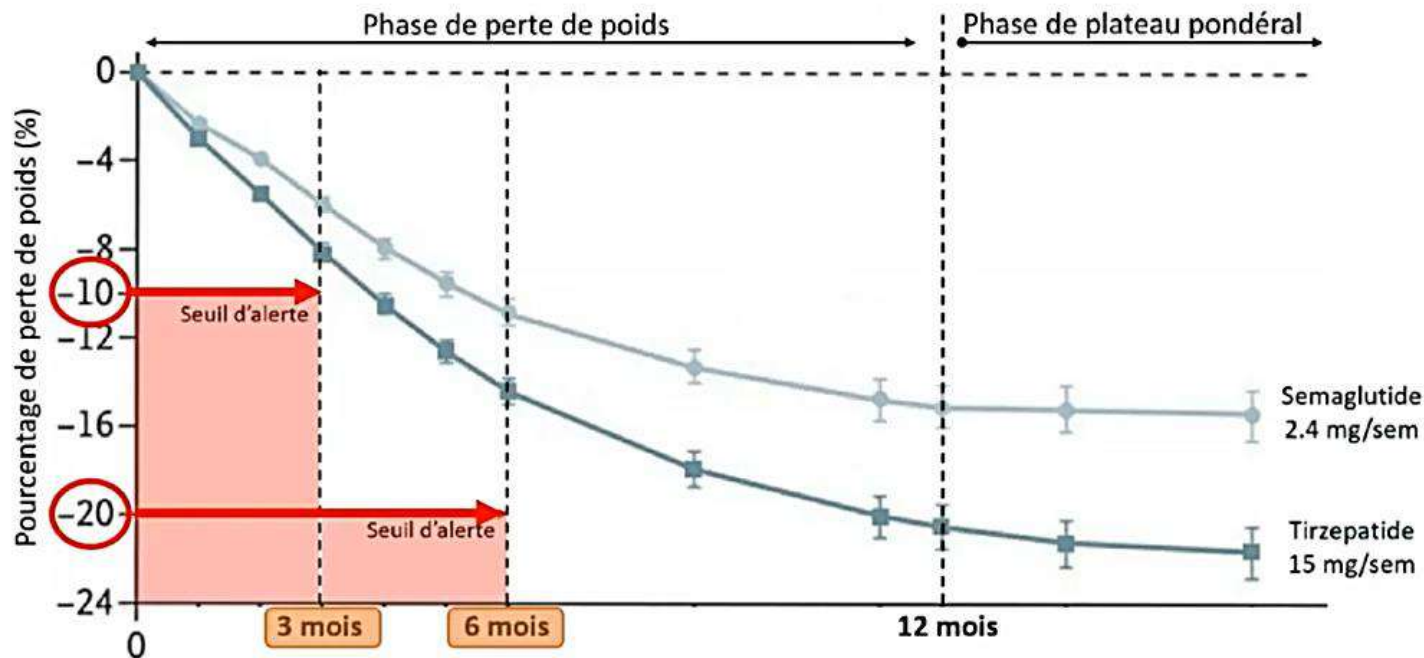
Suivi du patient sous TMO : évaluation du risque nutritionnel

	Conseils pour maintenir un apport protéique suffisant sous TMO
Seuils nutritionnels de sécurité	Apports énergétiques >1200 kcal/j et apports protéiques >60g/j
Conseils diététiques	Réaliser au moins 3 prises alimentaires dans la journée
	Ne pas hésiter à fractionner le repas en collations(s) : produit laitier +/- desserts 1 à 2h après le repas
	Privilégier l'apport alimentaire en protéines de bonne qualité (principalement protéines animales)
	Commencer le repas par les protéines animales (viande/poisson/oeufs), éviter de faire une entrée
	Privilégier les plats les plus appréciés
	Intensifier la saveur des plats en utilisant herbes, aromates et épices (attention au piment, uniquement si bonne tolérance digestive).
Autres conseils	Conseiller le maintien d'une activité physique adaptée en résistance et en endurance
	En cas de difficultés pour maintenir l'apport protéique de sécurité (60g/j) : Surveiller plus fréquemment l'évolution du poids Discuter une adaptation de la dose du TMO (désescalade, arrêt temporaire ou définitif) Se rapprocher au besoin d'un professionnel de santé spécialisé en nutrition

Seuils d'alerte de poids à 3 et 6 mois évoquant un risque de dénutrition

A. 2

Avis N°2 du GT : - Le GT recommande au prescripteur de suivre régulièrement l'évolution pondérale sous TMO, notamment à 3, 6 et 12 mois de l'introduction du traitement. (AE)



Adapté de Aronne, NEJM 2025

Dépistage des carences et supplémentation vitaminique avant le TMO

IDENTIFIER

A. 27

Populations à risque de présenter des carences micro-nutritionnelles sous TMO

Patients âgés de plus de 70 ans

Patients à risque de dénutrition

Patients à risque micronutritionnel (IMC > 50 kg/m², précarité sociale, patients édentés, alimentation pauvre en nutriments incluant les régimes d'exclusion (véganisme, végétarisme, etc...)) ou patients avec des déficits micronutritionnels connus (autres que la carence en vitamine D) ou patients atteints d'une pathologie intercurrentes connue pour induire un risque micronutritionnel (exemple : pathologie digestive malabsorptive, anémie carentielle, neuropathie carentielle, etc...)

Patients présentant des signes cliniques évocateurs de carences micronutritionnelles (exemples : paresthésies, ecchymoses, saignements des gencives, spasmes musculaires, perlèche, etc...)

Patients porteurs d'une pathologie pouvant se décompenser en cas de carence micronutritionnelle (neuropathie diabétique, insuffisance cardiaque, etc...)

Patients avec un antécédent de chirurgie bariatrique ou de procédure endoscopique bariatrique

Toute situation clinique que le prescripteur considère comme à risque micronutritionnel



Dépistage biologique :
NFS, plaquettes, ionogramme, coefficient de saturation de la transferrine, ferritine, créatinine, mesure de la clairance CKD EPI, CRP, albumine, calcémie, vitamine B9 et B12

Correction des carences.

Si carences nutritionnelles multiples, adresser à un professionnel de santé compétent en nutrition, sans mettre en place d'emblée le TMO.

Polyvitamines au moins 6 mois



Dépistage des carences et supplémentation vitaminique au cours du TMO

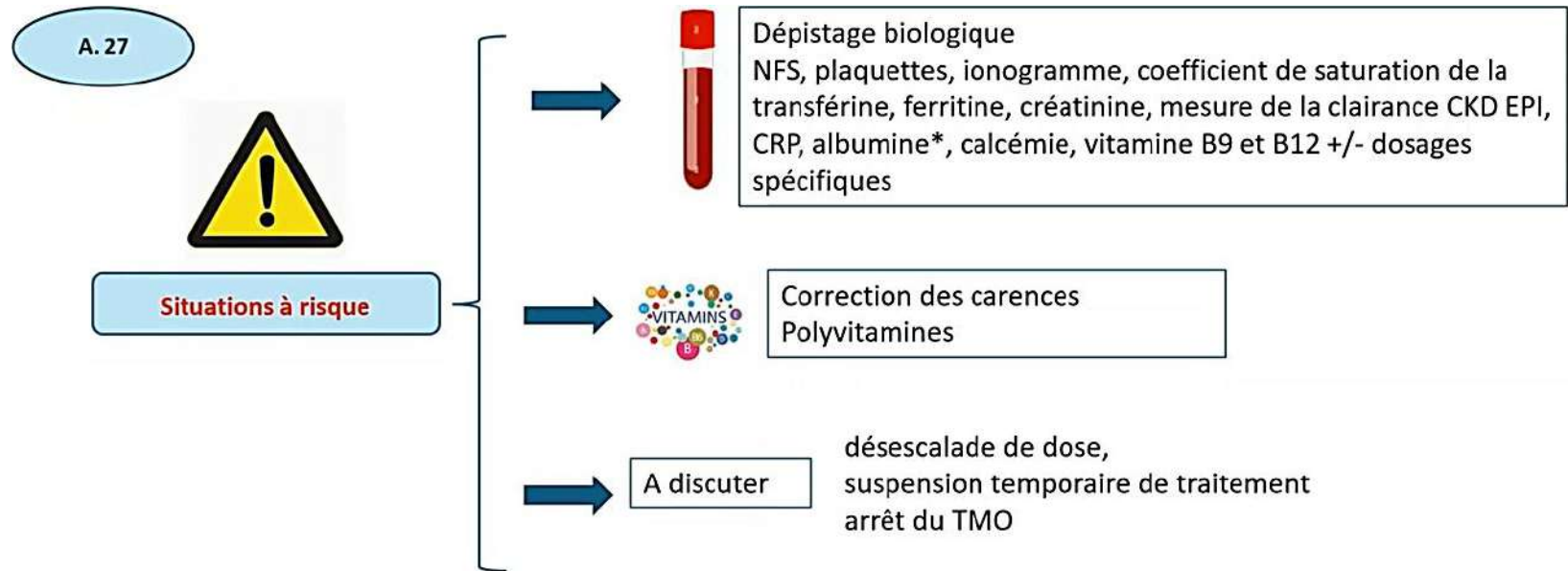
A. 27



Situations à risque :

- Une réduction drastique des apports alimentaires, en particulier en protéines ou une aphagie
- Une perte de poids > à 10 % à trois mois, ou > 20 % à six mois
- L'atteinte d'un IMC < 18,5 kg/m²
- L'apparition de troubles digestifs d'intensité sévère, avec une vigilance particulière **en cas de vomissements** (situation à risque de carence en vitamine B1), qui justifieront d'une **supplémentation parentérale en vitamine B1**.
- La décompensation d'une pathologie qui peut être associée à une carence en micronutriments
(ex : neuropathie périphérique, insuffisance cardiaque ...)
- L'apparition de signes cliniques évocateurs d'une carence en micronutriments

Dépistage des carences et supplémentation vitaminique au cours du TMO



Si le bilan proposé est sans anomalie alors que la situation clinique reste préoccupante (ex : anorexie, perte de poids majeure...), le GT recommande que le prescripteur adresse son patient à un expert en nutrition.

Populations à risque : Troubles des conduites alimentaires (TCA)

A. 33

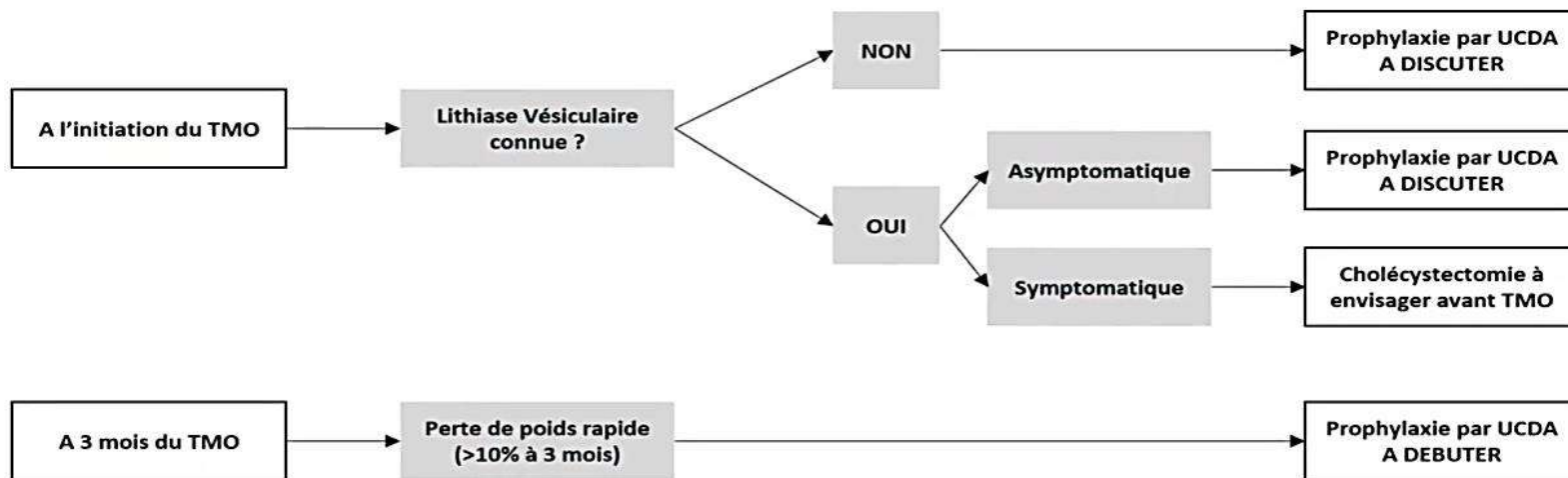


- de ne pas utiliser les TMO chez les personnes présentant des troubles du comportement alimentaire restrictifs sévères, tels que l'anorexie mentale atypique ou la boulimie nerveuse (AE).
- Et
- d'identifier à l'interrogatoire (ou avec l'aide de questionnaires) les populations à risques : antécédent personnel d'anorexie mentale, d'anorexie mentale atypique ou de boulimie, présence d'une ou plusieurs comorbidités psychiatriques dont l'antécédent de traumatisme, ou personnes ayant des régimes d'exclusion (végétarisme, véganisme...). Chez ces patients, la **prudence est de mise pour poser l'indication du TMO (AE)**.
- si un TMO est initié, le GT recommande **un suivi plus régulier** pour monitorer la cinétique de perte de poids et identifier des signes d'alerte (perte de poids trop rapide et/ou excessive, restriction alimentaire, évictions alimentaires, une déshydratation, des manœuvres de purges associées (vomissements), une activité physique problématique, une dysmorphophobie)
- Il est utile sous TMO d'interroger régulièrement le comportement alimentaire, le rapport à l'alimentation et le vécu de la perte de poids. **En cas de difficultés, un accompagnement comportemental ou psychologique est justifié.**
- **En cas de suspicion d'induction d'un TCA restrictif sous TMO** : une évaluation comportementale spécialisée est justifiée comprenant une évaluation pluridisciplinaire par un nutritionniste ou un diététicien ayant une expertise dans les TCA et une évaluation de la situation psychique par un psychiatre. De même, le dépistage d'une dénutrition protido-énergétique et micronutritionnelle est aussi justifié. Une adaptation du TMO (désescalade de doses, arrêt temporaire ou définitif) doit être discutée (AE)

Risque de lithiase biliaire et prévention par acide ursodésoxycholique

A. 16

Algorithme proposé par le GT



Risque de pancréatite aiguë de novo sous TMO

A. 18

Les études ne semblent pas montrer de sur-risque significatif de pancréatite aiguë de novo sous TMO.

-> Méta-analyse des essais
Tirzepatide (diabète type 2, obésité)

Risk Ratio in pancreatitis : Tirzepatide vs all control groups

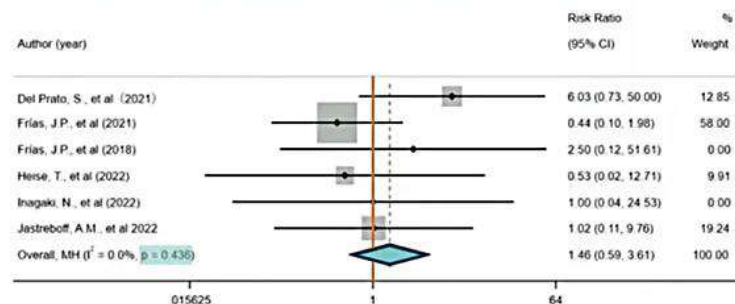


FIGURE 2
Risk Ratio in pancreatitis: tirzepatide vs control groups.

Références : Alkhezi, Ob rev 2023, Zeng, Front endoc, 2023

Risque de pancréatite aiguë de novo : quelques précautions

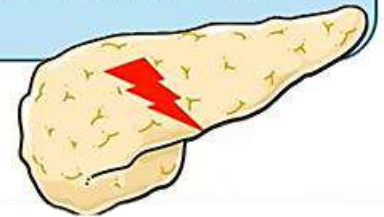
A. 17 et 18

Toutefois, informer des caractéristiques des douleurs évoquant une pancréatite aiguë (AE).

- Le dosage des enzymes pancréatiques :

- * n'est pas recommandé avant la mise en place d'un TMO
- * ne doit pas être réalisé en systématique lors du suivi d'un TMO (les TMO font monter la lipase / l'amylase de manière physiologique)
- * est indiqué en cas de douleurs abdominales évocatrices d'une pancréatite.

En cas de suspicion de pancréatite le TMO doit être suspendu jusqu'à l'obtention des résultats des examens complémentaires (AE).

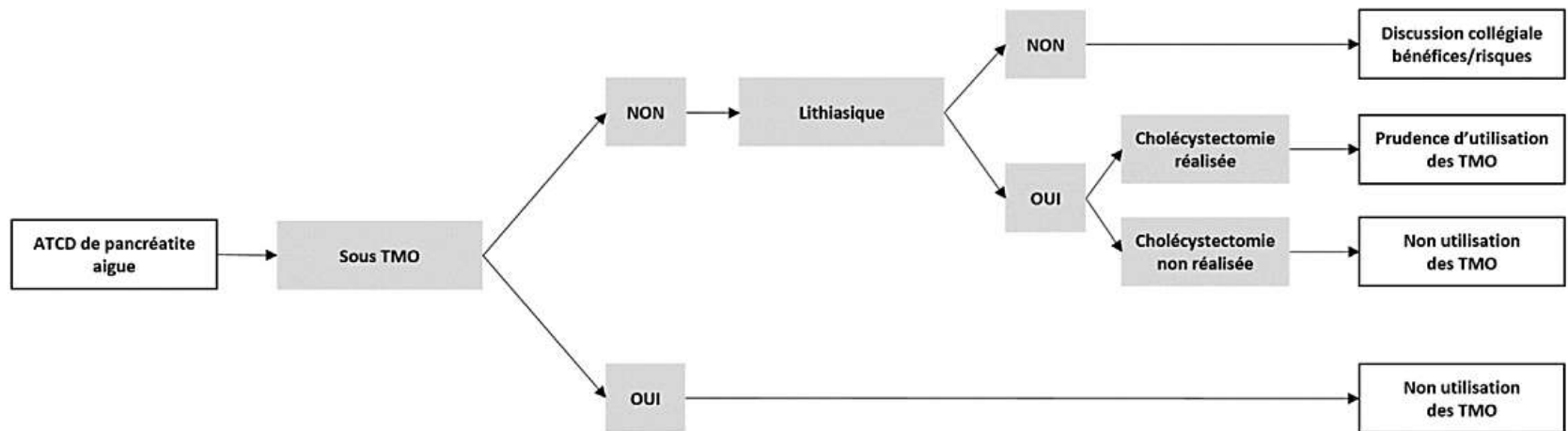


Risque de récurrence de pancréatite aiguë sous TMO

A. 19

Patients avec ATCD de pancréatite aiguë exclus des essais

Les **données observationnelles** sont plutôt rassurantes sur le risque de récurrence de pancréatite aiguë associé au traitement par aRGLP1.



Recommandations de la SFAR

Chez tous les patients traités aux aRGLP1, l'anesthésiste doit rechercher des signes cliniques d'estomac plein (satiété durable, nausée, vomissement, éructation).

Avis n° 21 du GT

Les données de la littérature et les prises de positions internationales divergent actuellement quant à la conduite à tenir sur les TMO avant une anesthésie générale, notamment sur la suspension préalable du traitement.

- Le GT recommande aux patients de prévenir les anesthésistes avant un geste opératoire quand ils sont sous traitements contenant des aRGLP-1 (AE).
- Le GT recommande de suivre les récentes recommandations de la SFAR : (AE).

La SFAR recommande de ne pas arrêter les traitements contenant des aRGLP-1.

De manière plus précise, la SFAR recommande aux anesthésistes la prise en charge suivante :

- chez tous les patients traités par aRGLP1, l'anesthésiste doit rechercher des signes cliniques d'estomac plein (satiété durable,

nausées, vomissements, éructations). Dans ce cas, l'anesthésiste devra essayer de vérifier l'imputabilité du traitement ou d'une possible gastroparésie ;

- la SFAR ne recommande pas d'allonger la durée du jeûne préopératoire ;
- l'utilisation préopératoire d'un prokinétique pourrait être intéressante mais n'a pas encore démontré son efficacité ;
- réfléchir à l'utilisation d'une prophylaxie multicomposante (traitements anti-émétiques, insérer un tube gastrique mais technique invasive à ne considérer que dans certaines situations cliniques) ;
- privilégier les anesthésies régionales si possible et indiquées ;
- surveiller l'excursion glycémique chez les patients vivant avec un DT2 ;
- réaliser une échographie gastrique pourrait aider la décision en détectant un estomac plein ;
- si l'anesthésie régionale est impossible, que l'échographie gastrique est non disponible ou si le doute persiste, une induction rapide devrait être considérée ;
- l'extubation doit être réalisée chez un patient réveillé.

Cas clinique

Mme B., 35 ans, comptable, 2 enfants.

Vous annonce qu'elle est enceinte...

➤ Que faites-vous ?

Résumé Caractéristiques Produit



	Femmes en âge de procréer	Grossesse	Allaitement
Liraglutide	/	En cas de projet de grossesse ou en cas de grossesse, le traitement devra être interrompu.	Ne doit pas être utilisé
Sémaglutide	Contraception recommandée	Arrêt au moins 2 mois avant un projet de grossesse	Ne doit pas être utilisé
Tirzépate	Contraception recommandée	Arrêt au moins 1 mois avant un projet de grossesse	Interrompre l'allaitement ou le tirzépate

A. 34

- Le GT recommande de suivre les différentes recommandations nationales et internationales et la fiche RCP des TMO, qui soulignent toutes la nécessité **de ne pas utiliser de TMO en cas de grossesse et pendant l'allaitement**, et d'en informer les patientes. (AE)

Prise de position pour la grossesse et l'allaitement



A. 34

- Le GT recommande à toute femme en âge de procréer traitée par TMO d'utiliser une méthode de **contraception efficace (hormonale, mécanique)**. (AE)
- **En cas de projet de grossesse, les TMO doivent être arrêtés** avant l'arrêt de la contraception ou avant un transfert d'embryon en cas de FIV, dans les délais suivants :
 - **1 semaine pour le liraglutide**
 - **2 mois pour le sémaglutide**
 - **1 mois pour le tirzépatide**
- **En cas de grossesse débutée sous TMO, le TMO doit être arrêté dès le diagnostic.** Les données actuelles sont insuffisantes pour recommander une interruption médicale de grossesse dans cette situation. (AE)

TMO et chirurgie bariatrique

Avis N° 37 du GT :

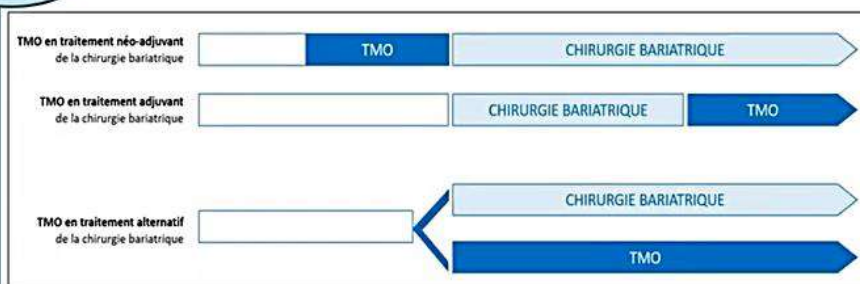
Le GT considère que le **TMO a une place dans la stratégie de prise en charge des patients candidats à une chirurgie bariatrique ou avec un antécédent de chirurgie bariatrique**. Le TMO n'est pas une stratégie concurrente de la chirurgie bariatrique, mais une stratégie supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique, dans une démarche de **prise en charge multi-modale de l'obésité (AE)**.

Le TMO peut être utilisé :

- **En traitement néo-adjuvant** : en préparation de la chirurgie bariatrique (AE),
- **En traitement adjuvant** : après la chirurgie bariatrique en cas de perte de poids insuffisante ou reprise de poids (cf recommandations HAS « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux Partie II : pré et post-chirurgie bariatrique ») (AE).
- **En alternative à la chirurgie bariatrique** (AE).

L'utilisation des TMO comme traitement néo-adjuvant, adjuvant ou bien en alternative à la chirurgie bariatrique, doit **respecter l'AMM de chaque molécule**.

A. 37

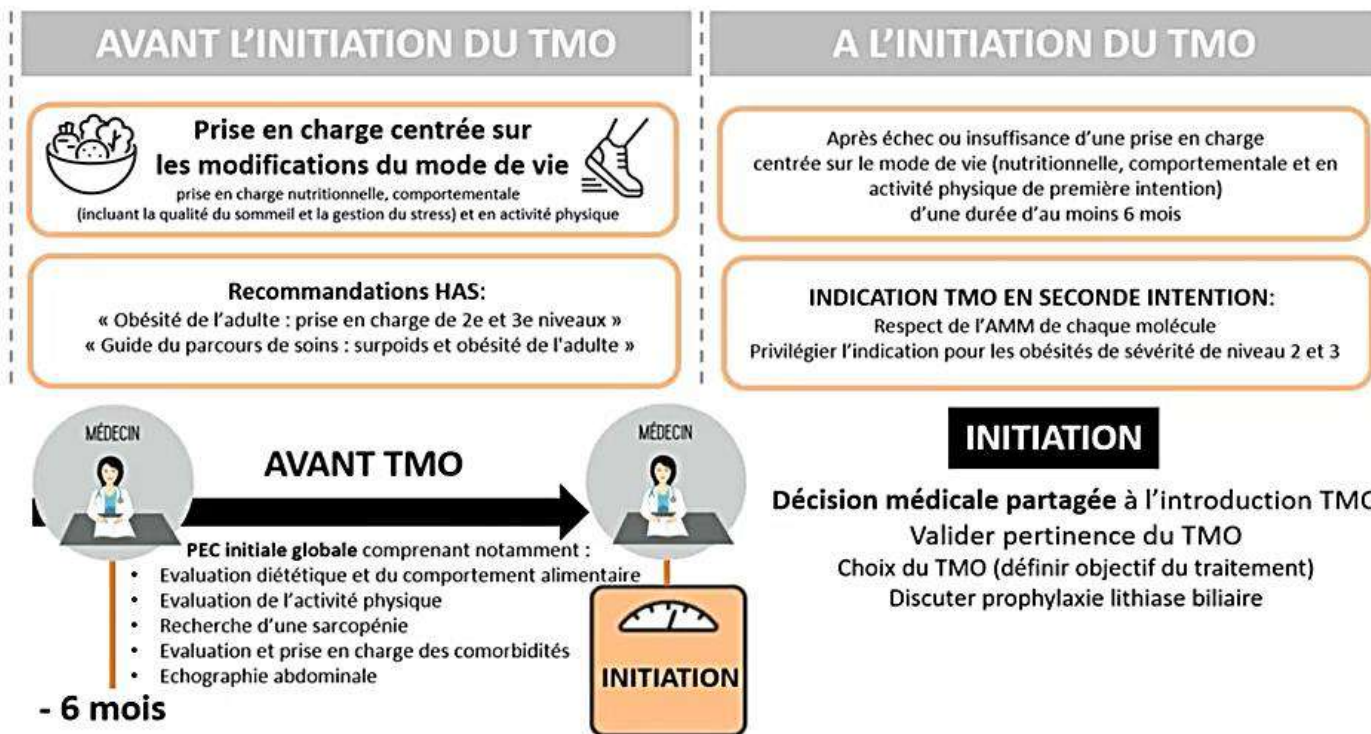


PRISE EN CHARGE MULTI-MODALE



EN RÉSUMÉ

Parcours de soins sous TMO



Parcours de soins sous TMO



INITIATION

Décision médicale partagée à l'introduction TMO

Valider pertinence du TMO

Choix du TMO (définir objectif du traitement)

Discuter prophylaxie lithiase biliaire

Situations avec prudence d'utilisation ?



Prise en charge spécialisée

Situations à risque comportemental ?

- Hyperphagie boulimique
- Antécédent de TCA restrictif
- Facteurs de risque de TCA restrictif

Situations à risque nutritionnel ?

- Age >70 ans
- Patients à risque de dénutrition
- Patients à risque micronutritionnel
- Antécédent de chirurgie bariatrique



Bilan biologique



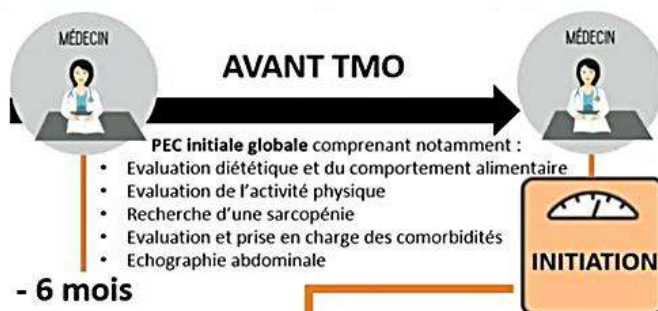
Evaluation Force musculaire



Complément Polyvitamines

	STAMBOULET & ANGLADE	PEREIRA & LEBLANC	COMBES & TROUSSE
Utilisation non recommandée selon le RCP			
Prudence d'utilisation selon le RCP			
Utilisation non recommandée selon l'avis du Groupe de Travail			
Prudence d'utilisation selon l'avis du Groupe de Travail			
Age > 75 ans			
Age > 85 ans			
Maladie inflammatoire de l'intestin (MICI)			
Gastroparésie sévère			
Antécédents de pancréatite			
Insuffisance rénale sévère ou terminale			
Insuffisance hépatique légère ou modérée			
Insuffisance hépatique sévère			
Insuffisance cardiaque congestive de classe IV NYHA			
Antécédent de maladie thyroïdienne			
Diabète de type 1			
DT2 avec une rétinopathie diabétique non contrôlée			
Association avec un autre aR-GUP1			
Grossesse			
Obésité secondaire (TCA, médicaments, endocrinopathies)			
Absence de prise en charge préalable sur le mode de vie			
Absence prévisible de suivi nutritionnel sous TMO			
Période post-opératoire précoce d'une chirurgie bariatrique (12 premiers mois)			
Dénutrition protéido-énergétique			
TCA restrictif sévère actif			
Antécédent de TCA restrictif			
Age >70 ans			
Obésité sarcopénique			
Troubles de la motricité gastro-intestinale			
Antécédent d'occlusion intestinale			
Papille optique étroite			

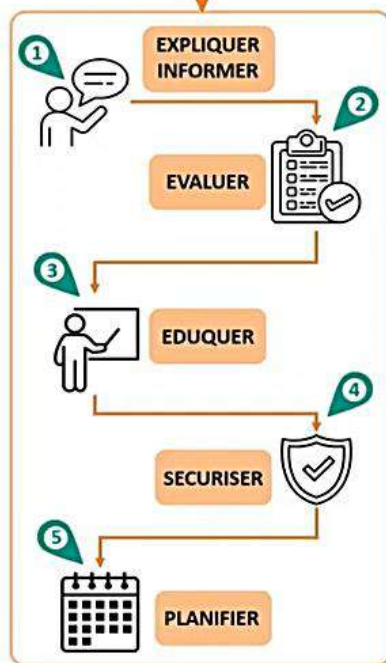
Parcours de soins sous TMO



INITIATION

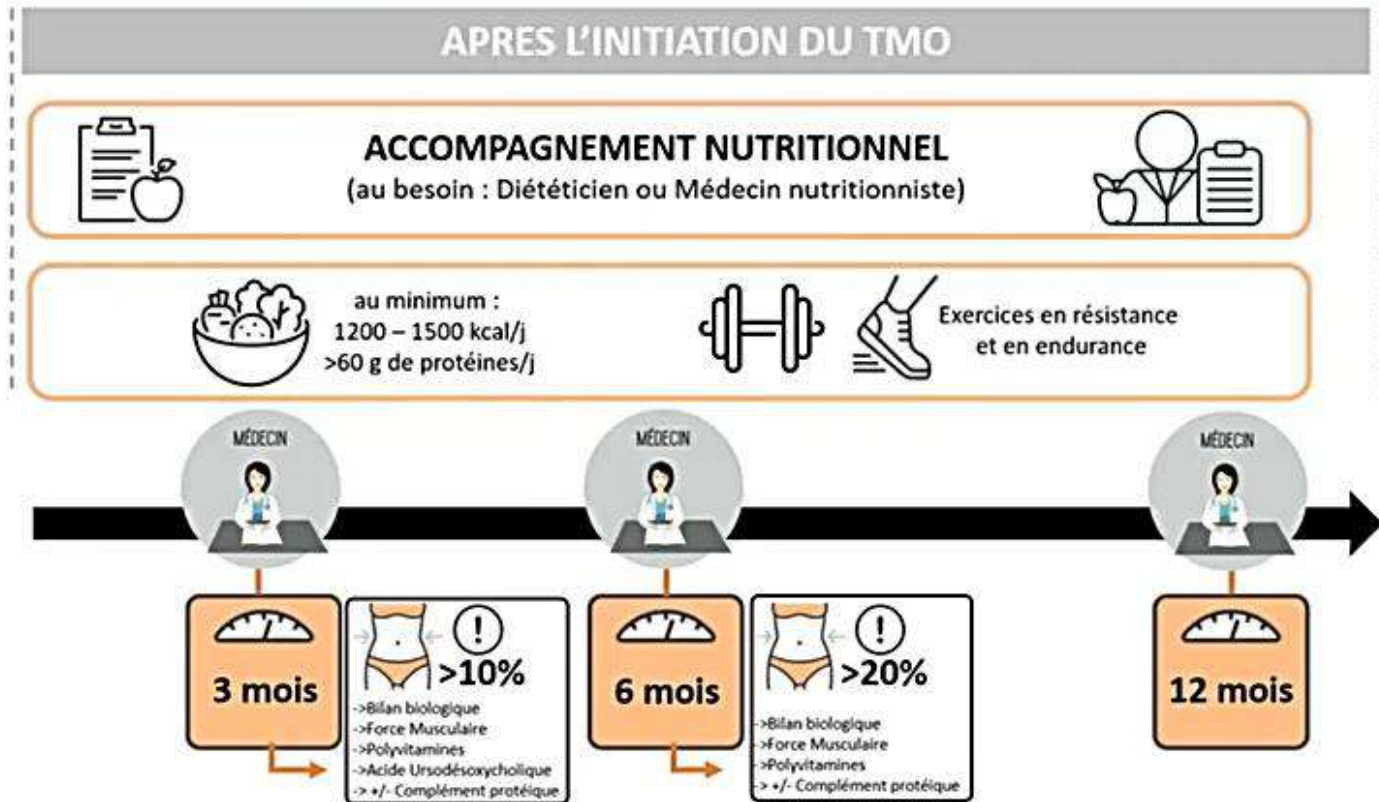
Décision médicale partagée à l'introduction TMO

- Valider pertinence du TMO
- Choix du TMO (définir objectif du traitement)
- Discuter prophylaxie lithias biliaire

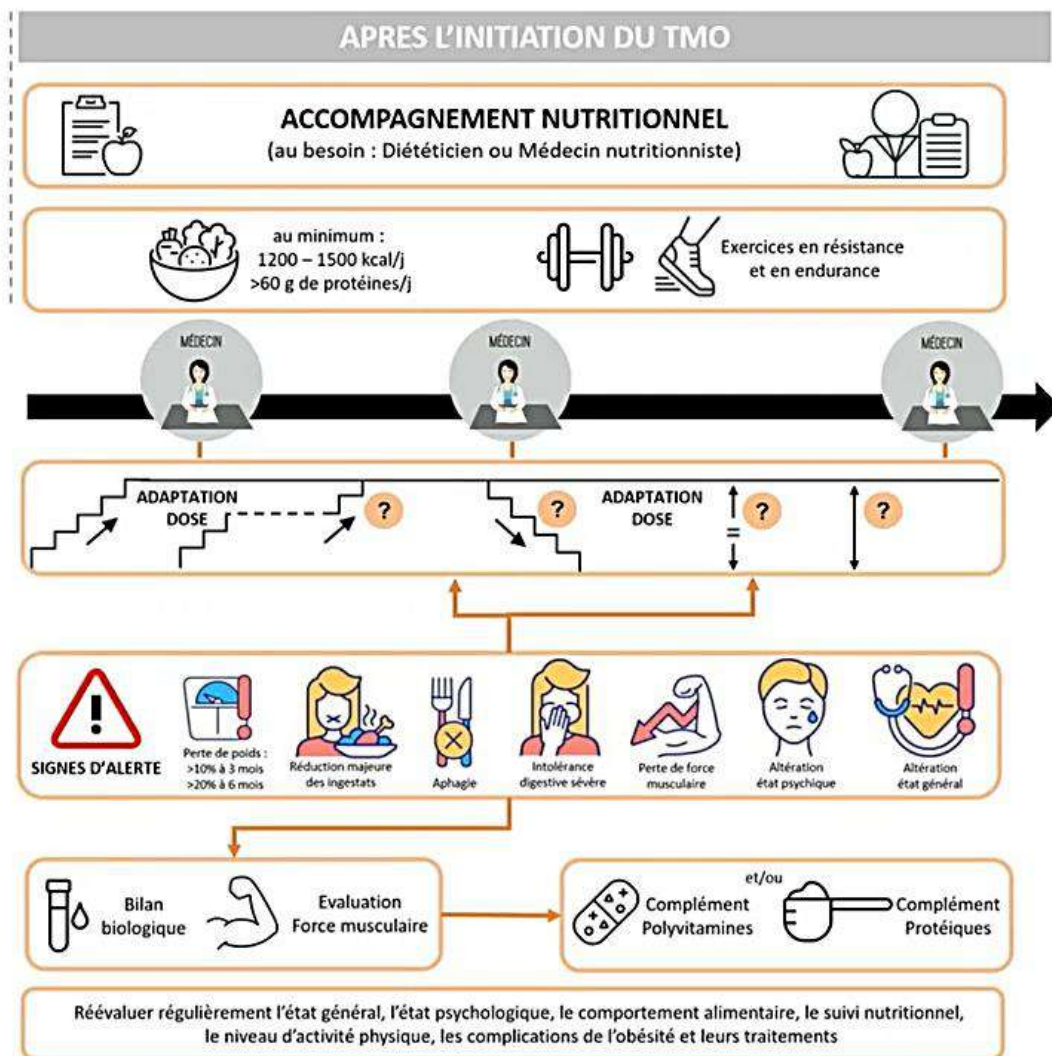


1	Expliquer / Informer	Expliquer les mécanismes d'action du TMO Expliquer l'escalade de dose du TMO et sa modulation en fonction des effets gastro-intestinaux et de la perte de poids Expliquer les bénéfices attendus en terme de perte de poids et sur les comorbidités de l'obésité Expliquer la phase de perte de poids, le plateau pondéral et le risque de reprise de poids à l'arrêt du traitement, nécessitant de maintenir le traitement sur le long cours Informar le patient des modalités de prise en charge financière du TMO Obtenir l'accord oral du patient pour initier un TMO au long cours
2	Evaluer	Evaluer le comportement alimentaire (et dépistage d'un TCA) Evaluer la force musculaire avec le Test du lever de chaise (ou Handgrip). Si disponible : évaluer la masse musculaire Identifier les populations à risque de fragilité nutritionnelle. Dans ces populations, réaliser un bilan biologique et débuter un complément polyvitaminique préventif
3	Eduquer	Eduquer le patient au stylo injecteur, et prescrire, si nécessaire, le passage d'un(e) IDE à domicile durant la phase d'initiation du traitement Eduquer le patient aux modifications diététiques, comportementales et en activité physique attendues sous TMO, notamment pour la prévention du risque carenciel
4	Sécuriser	Expliquer les principaux effets indésirables possibles sous TMO Expliquer les modalités de prise en charge en cas d'événement indésirable Rechercher l'antécédent de cholecystectomie et discuter une prévention de la lithias vésiculaire par acide ursodésoxycholique. Informar des caractéristiques des douleurs abdominales devant amener à consulter en urgence (douleur de pancréas aigue et douleur de la colique hépatique) Expliquer aux femmes en âge de procréer qu'il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif efficace sous TMO Expliquer que les TMO ne sont pas recommandés pendant la grossesse et l'allaitement, et qu'il convient de les arrêter pendant la période pré-conceptionnelle Rechercher à l'interrogatoire la présence ou l'antécédent d'un trouble du comportement alimentaire (Anorexie ou Hyperphagie Boulimique)
5	Planifier	Planifier le suivi du TMO en expliquant ses modalités. Le prescripteur doit s'assurer d'un accompagnement du TMO par un professionnel de santé compétent en nutrition. Recueillir le poids au moins à 3, 6 et 12 mois

Parcours de soins sous TMO



Parcours de soins sous TMO



Document d'information pour les patients

Recherche d'information sur les traitements médicaux des enfants à une aide sociale

[illegible]

Information destinée aux patients sur
les mécanismes d'action des TMO

[illegible]

Information destinée aux patients sur
l'efficacité des TMO

-  **Information destinée aux patients sur les risques de mortalité des maladies**
 - Les traitements médicamenteux des TMO s'ajoutent aux effets du cancer lui-même : la surmortalité a petite dose. L'efficacité de doses faibles, le dose maximum toléré et les conséquences à long terme des venelles pour les TMO (cancers) sont étudiés et évalués les risques (TMO) (cancers) de foyers hématologiques).
 - Malheureusement, le pronostic de mortalité des TMO s'ajoute à la mortalité par cancer lui-même, ce qui est difficile à quantifier.
 - Il existe de nombreuses maladies graves, il faut donc penser à prendre de la distance et à la limite de la mort, la mort est la seule issue finale. Il existe cependant des maladies graves qui peuvent être évitées pour améliorer la qualité de vie des patients.
 - En cas de décès, le décès survient rapidement et il est souvent difficile de le prévoir.

Information destinée aux patients sur
les règles de montée des doses

[illegible]

Information destinée aux patients sur
les modifications du mode de vie qui
doivent accompagner la prescription
des TMO

[illegible]

Information destinée aux patients sur
les effets secondaires des TMO

Downloaded from icm.sagepub.com at 06:06 11 January 2015

[illegible]

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.



Groupes alimentaires
à encouragement / à limiter

Que manger sous TMO ?

[illegible]

Figure 2. Graphs showing the probability of infection as a function of duration of exposure to the contaminated environment.

Conseil pour maintenir un apport protéique suffisant sous TMO

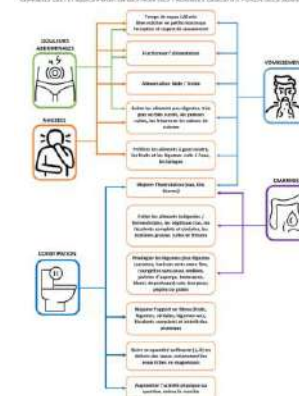
Illustration d'équivalences

Bitte einschicken: effektivitaet@iwi.at

[illegible]

Prise en charge diététique des effets indésirables digestifs sous TMO

CONSEJO CENTRAL DELA LA HISTORIA DE LOS TERRITORIOS INDIGENAS, ABRIL DEL 4 ABRIL 1991



Conseils diététiques pour la gestion des troubles digestifs potentiels sous TMO

TMO



Agenda

- Nouvelle filière de prise en charge de l'Obésité au CH de Pau
- Dernières recommandations concernant les Traitements Médicamenteux de l'Obésité (TMO)
- Focus Obésité Pédiatrique



Prévalence de l'obésité pédiatrique

Enquête OBEPI 2020
déclaratif



Enquête épidémiologique nationale
sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité

34% des enfants de 2 à 7 ans sont en surpoids et/ou obésité

18% des enfants de 2 à 7 ans sont en situation d'obésité

21% des enfants de 8 à 17 ans sont en surpoids et/ou obésité

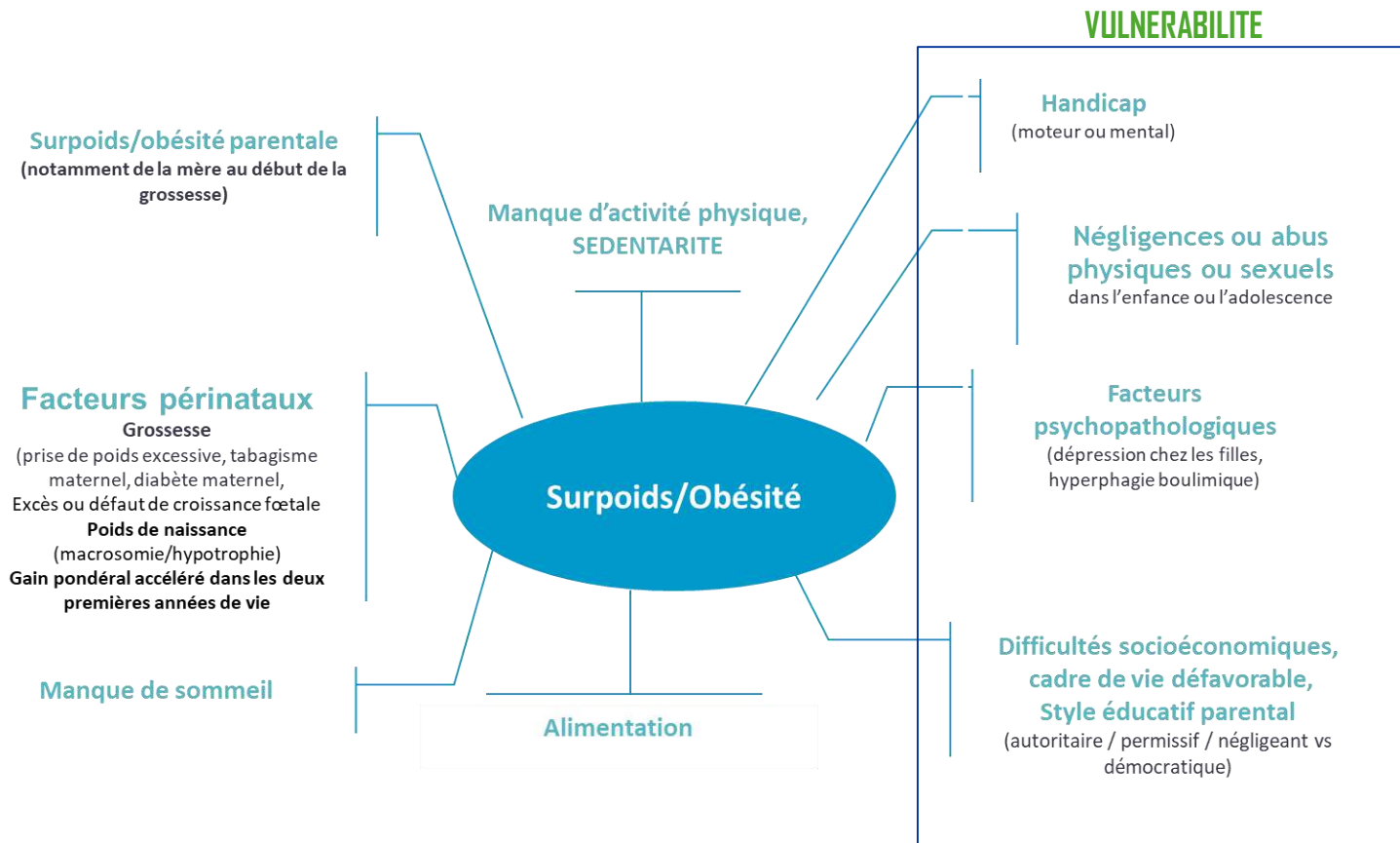
6% des enfants de 8 à 17 ans sont en situation d'obésité

- **24% soit $\frac{1}{4}$ des enfants de 2 à 17 ans en Obésité**
 - **Émergence de cas de + en + complexes**

Déterminants et facteurs de risque

Chez le jeune en situation de surpoids ou d'obésité

intrication entre vulnérabilité & déterminants/facteurs de risque



Déterminants et facteurs de risque

**La vulnérabilité est multidimensionnelle,
notamment chez l'enfant en situation de surpoids ou d'obésité**

Différentes dimensions de vulnérabilité → Nécessité d'une analyse globale de la situation...

- **Economique** : revenu des parents / du foyer, ressources...
- **Sociale** : support et vie social(e), travail...
- **Environnementale** : lieux et conditions de vie/logement, proximité structures de soin, accessibilité structures d'activité physique/sportives, offre alimentaire à proximité ...
- **Educative** : style parental, composition familiale, maltraitance/négligence...
- **Sanitaire** : état de santé , santé des parents, couverture CMU/Assurance maladie/mutuelle...
- **Psychologique** : santé mentale, psychopathologie...

Chez le patient en situation de surpoids ou d'obésité :

- Cumul des différentes dimensions de vulnérabilité
- Intrication des différentes dimensions et des déterminants/facteurs de risque du surpoids et obésité

Objectifs

- Parcours de soins **pluridisciplinaire**
- Basé sur un **diagnostic éducatif** pluridimensionnel et partagé, avec prise en compte de la **vulnérabilité**
- Dans une démarche d'**éducation thérapeutique** tenant compte des situations de vie
- **Objectifs co-construits avec la famille** : favoriser le changement vers des habitudes de vie favorables à la santé

/!\ pas d'objectif de poids !

on stabilise le poids



on laisse faire la croissance

Quand faut-il faire des examens complémentaires ?

- **Jamais sauf si...**
- Anomalie de la croissance
- Retard psychomoteur
- Malformations ou signes évoquant une maladie précise

Prévention de l'obésité dès la petite enfance

Accompagnement/soutien des parents sur l'éducation des enfants

- **Identifier les enfants avec facteurs de risque ou vulnérables**
- **Inciter à suivre les recommandations** du PNNS pour tous les enfants
 - Alimentation
 - Activité physique
 - Sédentarité
- Respect des **rythmes de sommeil**
- **Rôle de l'éducation** : style éducatif démocratique 
- **Guider les parents sans susciter de sentiment d'incompétence et de culpabilité** : les parents sont des modèles

sans dictat



Prévention de l'obésité dès la petite enfance

Surveiller l'IMC systématiquement chez tous les enfants

- **Dès la naissance pour tous les enfants** quelle que soit leur corpulence apparente
 - quel que soit le motif de la consultation
 - au minimum 2 ou 3 fois par an
- **À l'aide des courbes d'IMC de référence en fonction de l'âge et du sexe**
 - tracer les courbes (IMC)
 - les reporter dans le carnet de santé
- **Repérer**
 - la prise de poids trop rapide
 - un rebond précoce (plus l'âge du rebond est précoce, plus l'IMC à l'âge adulte sera élevé)

Attention particulière pour les enfants avec facteurs de risque ou vulnérables



Les parents et les enfants n'ont pas forcément conscience de la situation d'obésité, d'où l'intérêt des courbes à visée de suivi ET en tant qu'outil pédagogique

Les erreurs à éviter

- On ne dit pas « Tu es OBESE » = Stigmatisant
- Il est « INTERDIT D'INTERDIRE » : aucun aliment n'est dangereux pour l'enfant, on intègre l'alimentation en quantité et en fréquence raisonnable
- L'alimentation doit être libre et plaisir : pas de pesée ni de calcul calorique, l'alimentation est basée sur celle de toute la famille mais les rations caloriques d'un enfant et d'un adolescent ne sont pas celles d'un adulte !
- On travaille sur les sensations : « les 5 SENS »
- On bouge en famille !

Les erreurs à éviter

Il est interdit d'interdire !



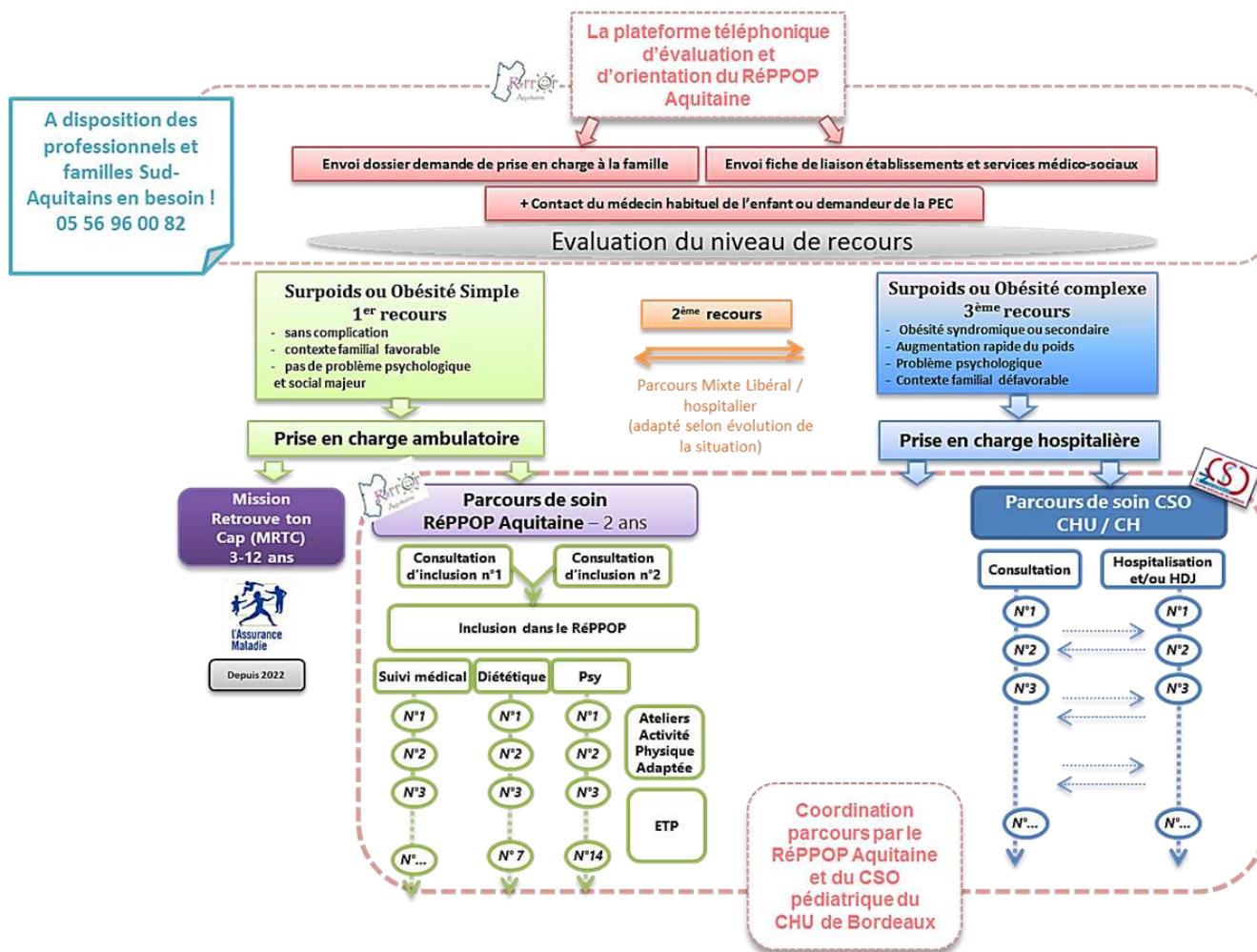
La restriction cognitive engendre un risque avéré de TCA !

➔ ÉDUCUER ET ACCOMPAGNER

Principe de gradation des soins



RéPPOP Aquitaine



Séjours thérapeutiques en SMR

Les SMR obésité pédiatrique de proximité

Obésité non complexe

MAISON D'ENFANTS À CARACTÈRE SANITAIRE (MECSa)
Salies-de-Béarn (64)

Courts séjours

NEW



Hameau Bellevue

mecsa@pep64.org

☎ 05 59 83 83 04

☎ 06 12 98 43 62



SMR PÉDIATRIQUE CLINIQUE MONTPRIBAT
Montfort-en-Chalosse (40)

Courts séjours

Longs séjours

MAISON D'ENFANTS DIÉTÉTIQUE ET THERMALE (MEDT)
Capvern (65)

Courts séjours

Longs séjours



inicea.montpribat@inicea.fr
☎ 05 58 98 60 28

Obésité complexe

secretariat@medt.fr
☎ 05 62 40 90 90

Pour la pratique, on retiendra :

- Pas de prise de sang inutile
- Pas de mots blessants
- Pas de régime
- L'objectif n'est pas le poids, mais le **mode de vie**
- La prise en charge est difficile, mais **plus facile si elle est précoce** : stabiliser le poids fait baisser l'IMC
- **Soutien psychologique** indispensable
- Fixer des **objectifs modestes mais réalistes** : on privilégie la croissance

Obésité pédiatrique



Pour conclure

Site du GCC-CSO

Prise de position nationale sur les TMO
et leur accompagnement en pratique

➔ www.obesitefrance.fr



Ciné-Débat

Le mardi 17/02 à 19h à l'IFSI de Pau
en présence d'Anaïs Le Menehaze



Journée Mondiale de l'Obésité

Le mercredi 04/03 « Obésité de la ♀ »

Salle de conférence du CH de Pau de 13h à 17h



Soirée d'ouverture

Unité Nutrition-Obésité (avril)



Merci de votre attention

@ cso.sa@ch-pau.fr

 <https://www.linkedin.com/company/cso-sud-aquitaine/>



**Souhaitez-vous un approfondissement
sur des thématiques spécifiques en lien avec l'Obésité ?**