

UNIVERSITE DE LILLE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année 2024

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Alternative médicamenteuse de deuxième intention dans la prise en charge de l'obésité chez les adultes par les médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le 24 Octobre 2024 à 16h  
au Pôle Formation  
par **Léa TRYHOEN**

---

**JURY**

**Président :**

**Madame le Professeur Anne VAMBERGUE**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Dominique DELSART**

---

## **AVERTISSEMENT**

**La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# TABLE DES MATIERES

<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>MATERIEL et METHODES</b> .....	<b>12</b>
I. Caractéristiques de l'étude.....	12
II. Déroulement de l'étude .....	13
III. Données recueillies.....	14
IV. Éthique .....	15
V. Analyses statistiques .....	15
<b>RESULTATS</b> .....	<b>17</b>
I. Déroulement de l'étude .....	17
II. Epidémiologie de l'échantillon.....	17
III. Prise en charge de l'obésité.....	18
A. Analyses descriptives .....	18
1. Connaissances de la recommandation et du médicament .....	18
2. Pratique en médecine générale.....	19
B. Analyses bivariées .....	20
1. Facteurs épidémiologiques.....	20
2. Pratique et connaissances médicales influençant la prescription du LIRAGLUTIDE .....	22
IV. Question ouverte : "Pouvez-vous en quelques mots donner votre avis sur ce médicament et sa prescription en médecine générale ?" .....	24
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>26</b>
I. Interprétation des résultats .....	26
A. Facteurs épidémiologiques .....	26
B. Pratique en médecine générale .....	28
II. Perspectives d'amélioration de la prise en charge.....	29
A. Le prix du médicament et de la prise en charge .....	29
B. Le suivi en médecine générale .....	36
C. Le mode d'administration.....	37
D. L'efficacité thérapeutique.....	39
E. La morbi-mortalité .....	39
F. Recommandation du 8 Octobre 2024 .....	40
III. Les biais .....	40
A. Biais de sélection .....	40
B. Biais de mesure et de confusion.....	41
C. Validité interne .....	41
D. Validité externe .....	41
E. Puissance de l'étude .....	42
F. Conflit d'intérêt .....	42
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>44</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>48</b>

## ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

DT2 : Diabète de type 2

HTA : Hypertension artérielle

SAOS: Syndrome d'apnée obstructif du sommeil

NASH : Non Alcoholic Steato Hepatitis

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin généraliste

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

CSO : Centre Spécialisé de l'Obésité

GLP-1 : Glucagon-like peptide 1

FMC : Formation Médicale Continue

DPC : Développement Professionnel Continu

MSU : Maître de stage

ALD : Affection longue durée

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé

## INTRODUCTION

D'après l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS), l'obésité est une pathologie qui est caractérisée par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle chez un individu, pouvant entraîner un risque pour sa santé (1).

L'obésité est un **problème de santé publique** au vu de son incidence qui ne cesse d'augmenter (2).

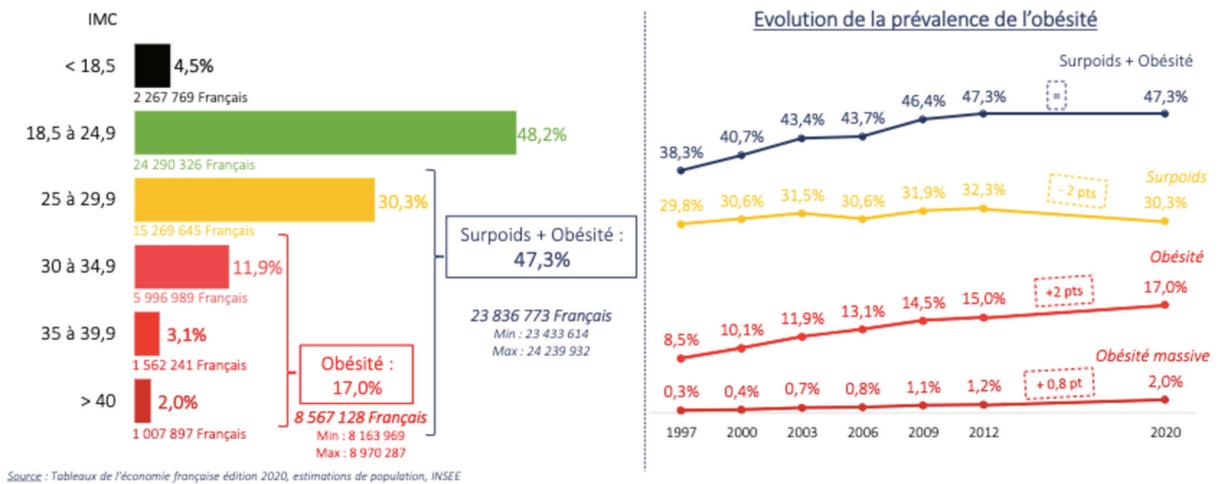
En 2016, **la population mondiale** comptait environ 2 milliards d'adultes en situation de surpoids, dont 650 millions en situation d'obésité soit respectivement 39% et 13% de la population mondiale. Elle est considérée par l'OMS comme une **pandémie mondiale**.

En 1997, l'OMS avait déjà classé l'obésité comme étant une **maladie chronique**, dont l'évolution se caractérise par une aggravation progressive et par le risque de rechute. Elle avait lancé une première alerte sur « **la première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité** ».

Comparée au monde, **la situation de la population française** est plus rassurante mais reste préoccupante : selon l'étude Obepi en 2020 (3), environ un adulte sur deux soit 47,3% est en situation de surcharge pondérale (surpoids et obésité).

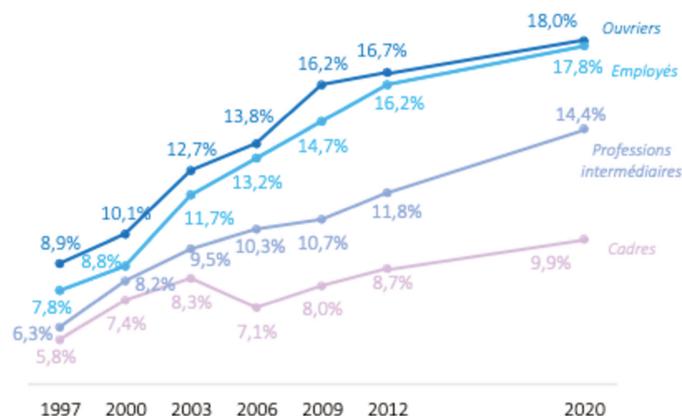
Concernant l'obésité, la prévalence est passée de 8,5% en 1997 à 17% en 2020 (4) chez les adultes de plus de 18 ans, ce qui représente 8 millions de personnes, avec 2% atteints d'une obésité morbide (Indice de Masse Corporelle (IMC)  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>).

## Evolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France (3)



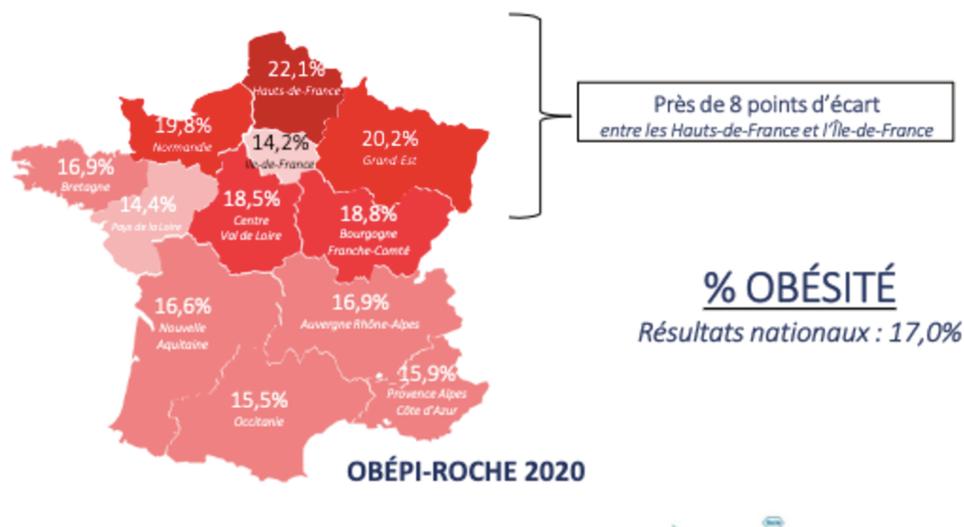
Il existe un **gradient social** de la maladie particulièrement élevé : l'obésité est plus fréquente en bas de l'échelle sociale. Dans l'Union Européenne, note l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (5), le risque d'obésité dans les groupes aux revenus les plus faibles est de 90% chez les femmes et 50% chez les hommes comparé à leurs homologues du groupe aux revenus les plus élevés. En 23 ans, le taux d'obésité a augmenté de 4% chez les cadres, mais de plus de 9% chez les ouvriers et de 10% chez les employés (3).

## Evolution de la prévalence de l'obésité selon la catégorie sociale (3)



Concernant l'épidémiologie de l'obésité en France (3), il existe également un **gradient Nord-Sud** (à l'exception des régions Ile-de-France et Pays de Loire), avec la prévalence la plus importante retrouvée dans les Hauts-de-France qui atteint 22,1% malgré un taux national de 17%.

### Prévalence de l'obésité détaillée par région de France (3)



**L'augmentation constante de l'obésité entraîne des conséquences dans de multiples domaines (6).**

Sur le plan médical, elle va favoriser l'apparition :

- des complications **cardiovasculaires** (Diabète de type 2 (DT2), Hypertension artérielle (HTA), dyslipidémie, athérome, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde),
- les **cancers** (7) (sein, colon, rectum, pancréas, œsophage, vésicule biliaire, estomac, sphère ORL, rein, endomètre, ovaire, prostate),
- les **troubles musculo-squelettiques, rhumatologiques** (arthrose),
- les **troubles respiratoires** type Syndrome apnée obstructif du sommeil (SAOS),

- l'**atteinte hépatique** comme la Non Alcoholic Steato Hepatitis (NASH),
- l'**atteinte rénale** avec l'insuffisance rénale chronique,
- les **troubles hormonaux** avec la perturbation des cycles menstruels de la femme,
- les **conséquences psychologiques et sociales** (notamment mésestime de soi, dépression, stigmatisation) sont parfois majeures (8).

L'obésité est reconnue comme étant la **cinquième cause de mortalité** par l'OMS.

L'OCDE estime que le surpoids et l'obésité réduisent de 2,3 ans la durée de vie moyenne des français (2).

### Prévalence des pathologies associées, passées ou actuelles, par catégorie d'IMC

d'après l'article "L'obésité en France en 2023" du Pr Patrick RITZ (9)

**Tableau 1 - Prévalence des pathologies associées, passées ou actuelles, par catégorie d'IMC.**

IMC	< 25 kg/m <sup>2</sup>	≥ 25 et < 30 kg/m <sup>2</sup>	≥ 30 et < 35 kg/m <sup>2</sup>	≥ 35 et < 40 kg/m <sup>2</sup>	≥ 40 kg/m <sup>2</sup>
Hypertension artérielle	17,3 %	25,1 %	34,5 %	39,3 %	43,2 %
Diabète	6,0 %	9,8 %	18,4 %	21,3 %	31,1 %
Hypercholestérolémie	18,8 %	18,6 %	21,6 %	21,0 %	31,9 %
Maladies cardiovasculaires	7,0 %	6,9 %	7,6 %	9,1 %	11,6 %
Cancers	12,0 %	6,8 %	7,2 %	5,3 %	8,0 %
Syndrome d'apnée du sommeil	7,3 %	7,7 %	15,1 %	22,5 %	30,9 %
Reflux gastro-œsophagien	24,2 %	18,2 %	21,4 %	22,6 %	22,2 %
Arthrose	18,5 %	14,7 %	17,5 %	22,7 %	22,6 %
Troubles psychologiques	25,0 %	11,9 %	16,6 %	18,2 %	24,9 %

D'après les recommandations de la **Haute Autorité de Santé (HAS)**

concernant le "*Surpoids et Obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*" parue en septembre 2011 (10), la prise en charge était influencée par l'IMC, le tour de taille, et la présence de comorbidités : DT2, HTA, maladies cardiovasculaires, arthrose, dyslipidémie, SAOS.

Interventions proposées pour atteindre l'objectif thérapeutique en fonction de l'IMC, du tour de taille et de la présence de comorbidités (10)

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Tour de taille (cm)		Présence de comorbidités
	Bas Hommes < 94 Femmes < 80	Élevé Hommes ≥ 94 Femmes ≥ 80	
25-30			
30-35			
35-40			
> 40			

	<b>SURPOIDS SIMPLE : conseils généraux sur un poids de forme et le mode de vie</b> (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire)
	<b>SURPOIDS AVEC TOUR DE TAILLE ÉLEVÉ : conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique</b> (objectif : prévenir une prise de poids supplémentaire et réduire le tour de taille)
	<b>Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique</b> (objectif : réduire le poids de 5 % à 15 %)
	<b>Conseils diététiques et sur l'activité physique, approche psychologique</b> (objectif : réduire le poids). <b>Considérer la chirurgie bariatrique*</b>

\* : voir recommandations HAS, 2009. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte

L'HAS explique que le médecin généraliste (MG) prend en charge l'obésité en première intention et qu'il doit envisager l'aide d'un professionnel de santé de deuxième recours s'il diagnostique une récurrence, soit après les méthodes hygiéno-diététiques au bout de 6 mois à un an, ou si l'IMC est > 35 kg/m<sup>2</sup> avec comorbidité ou IMC ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>.

Sur le plan médicamenteux, l'HAS mentionne en 2011 qu'il existe uniquement l'**ORLISTAT** comme traitement mais qu'il n'est pas recommandé au vu de son efficacité modeste, des effets indésirables et des interactions médicamenteuses notamment avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux.

Le deuxième et troisième niveau de recours ne sont pas détaillés en 2011 car il manquait de visibilité et de disponibilité concernant les différents professionnels et des coûts à la charge du patient.

En association avec la Fédération Française de Nutrition, l'HAS a actualisé les critères de prise en charge et a édité en juin 2022, soit onze ans plus tard, une nouvelle recommandation (11) qui a permis d'établir le **deuxième et troisième niveau de recours** selon le niveau de l'obésité.

Le niveau d'obésité est déterminé par l'IMC, le tour de taille mais aussi par des complications plus détaillées :

- le niveau de sévérité des pathologies associées (ex : HTA, SAOS, DT2, NASH, infertilité, syndrome des ovaires polykystiques, bronchopneumopathie chronique obstructive),
- le retentissement fonctionnel ou sur la qualité de vie (l'existence d'un handicap),
- le contexte psychopathologique (ex : troubles de l'humeur, troubles anxieux, stress post-traumatique, addictions associées, etc.),
- le comportement alimentaire (ex : boulimie, hyperphagie),
- l'étiologie de l'obésité (commune, fibromyalgie, médicamenteuse, acromégalie, hypercorticisme, tumeur cérébrale, syndromique),
- la trajectoire pondérale (depuis l'enfance, apparue à l'âge adulte, rebond pondérale ect).

Cette gradation sera utile pour définir la prise en charge la plus adaptée en accord avec le patient.

## Typologie des patients qu'il est conseillé de prendre en charge dans les différents niveaux de recours (11)

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 cardio-métabolique - Pas de symptôme physique (pas de dyspnée, pas de douleurs)	- Pas d'impact significatif sur la QDV - Pas de limitation fonctionnelle	- Aucun trouble ou - Troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire	- Commune	- Pas d'impulsivité alimentaire	- Initiation de prise en charge - Obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	- Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques) ou - Présence d'altérations cardio-métaboliques, 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 l'état de santé ou - Atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles)	- léger (estime de soi, humeur) ou - Troubles psychologiques associés bien gérés (ex. : dépression traitée et suivie)	- Commune	- sans accès de boulimie	- Obésité apparue dans l'enfance ou à l'adolescence ou - Un épisode de rebond pondéral
2	35 ≤ IMC < 50	- Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ou - Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique n'exposant pas à un risque majeur ou - Infertilité ou - SOPK	- Impact marqué sur QDV et sur l'état de santé	- Pathologie psychiatrique et psychopathologique sous-jacente avec 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 <i>si associé à la présence d'un des problèmes listés dans cette ligne</i>	- 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.) ou - Tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome ou autre...)	- 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 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 (cf.

**Les trois niveaux de recours** impliquent différents **professionnels de santé et structures** :

- Le **niveau 1** concerne principalement le MG, mais également les diététiciens, pharmaciens, infirmiers, infirmiers en pratique avancée, sage-femme, psychologue, psychiatre, médecin du travail, enseignant en activité physique adaptée, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, éducateur sportif, travailleur social.
- Le **niveau 2**, en lien avec les structures du niveau 1 implique le médecin spécialiste de l'obésité : le médecin nutritionniste, dans les centres de soins publics ou privés, ou en secteur ambulatoire, et exerçant en partenariat avec les autres professionnels concernés par l'obésité, ou soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».
- Le **niveau 3**, en lien avec les structures du niveau 2 implique les centres spécialisés de l'obésité (CSO) ou centres hospitaliers universitaires. Par convention, il peut y avoir aussi les SSR spécialisés en « digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » et plus particulièrement les structures capables de recevoir des patients ayant un IMC  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup>.

**En cas d'échec de la prise en charge bien menée au bout de 6-12 mois, le patient doit être considéré dans le niveau supérieur afin de réaliser une évaluation de son état de santé et obtiendra des conseils concernant la prise en charge puis poursuivra son suivi dans son niveau initial.**

Afin d'optimiser la perte de poids, et en cas d'échec de la prise en charge du niveau 1, sous réserve de la motivation du patient, il est possible de lui proposer un analogue du Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1) : le **LIRAGLUTIDE**.

Ce médicament a obtenu l'AMM européenne en 2015 dans l'indication de perte de poids chez le sujet obèse relevant des niveaux de recours 2 et 3 en deuxième intention. Il est ensuite commercialisé en Belgique depuis Juin 2016 (12) et en France à partir de Mars 2021.

Il agit comme un **analogue de l'hormone gastro-intestinale GLP-1** en stimulant la sécrétion d'insuline et diminuant celle du glucagon en fonction du niveau de glycémie évitant ainsi les risques d'hypoglycémies (4). Il permet alors d'augmenter la satiété par ralentissement de la vidange gastrique.

**A la dose maximale de 3 mg/jour, il devra être interrompu après 12 semaines de traitement si les patients n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids initial.**

Une prescription de deux ans maximale est autorisée.

Le LIRAGLUTIDE s'administre par une injection sous cutanée quotidienne. Il est soumis à une prescription médicale mais n'est pas remboursé par la sécurité sociale dans le cadre de l'obésité. Son prix varie de 150-300€/mois selon les pharmacies. La première prescription peut être initiée par le MG et doit être accompagnée d'un régime hypocalorique et d'une activité physique.

**Les indications** sont : (13)

- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  et  $< 30 \text{ kg/m}^2$  (surpoids) en présence d'au moins une comorbidité liée au poids : pré-diabète ou DT2, HTA, dyslipidémie ou SAOS.
- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (obésité) avec ou sans complication.

Le LIRAGLUTIDE va entraîner une perte de poids et donc agir sur la diminution des comorbidités (14).

**Au vu de l'augmentation croissance des sujets obèses dans le Nord de la France ainsi que de la récente évolution thérapeutique, il nous a semblé intéressant d'évaluer la prescription du LIRAGLUTIDE dans la prise en charge de l'obésité en deuxième intention chez les adultes par les MG du Nord et du Pas de Calais.**

## MATERIEL et METHODES

### I. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une **étude quantitative, descriptive, observationnelle**, auprès des MG du Nord et du Pas de Calais.

**L'objectif principal** de cette étude est de déterminer l'utilisation d'un médicament récemment commercialisé dans la prise en charge de l'obésité en deuxième intention chez les adultes par les MG du Nord et du Pas de Calais.

Le **critère de jugement principal** est la prévalence de prescription d'un traitement médicamenteux par les MG du Nord et du Pas de Calais dans la prise en charge de l'obésité en deuxième intention chez les adultes.

**Les objectifs secondaires** consistent à déterminer les facteurs influençant la prescription d'un médicament par le MG dans la prise en charge de l'obésité chez les adultes en deuxième intention.

Les **critères de jugements secondaires** permettent d'analyser les pratiques actuelles et futures des MG, c'est-à-dire :

- Comparaison des prescriptions et des pratiques en fonction des facteurs épidémiologiques (âge, genre, lieu d'exercice, département)
- Etablir un lien entre la prescription du médicament et les Formations Médicales Continues (FMC), le Développement Professionnel Continu (DPC)

- Etablir un lien entre la prescription du médicament et les visiteurs médicaux, le statut de maître de stage (MSU), le fait de travailler avec un CSO.
- Mettre en évidence une relation entre la connaissance de la recommandation et la prescription du médicament.
- Etablir un lien entre la demande de perte de poids par les patients et la prescription du LIRAGLUTIDE par le MG.
- Mettre en évidence une relation entre la prescription du médicament et le fait que les MG pensent que ce traitement a bel et bien sa place en médecine générale.
- Etablir un lien entre la connaissance du LIRAGLUTIDE et sa prescription.

**Les critères d'inclusion** sont : être Docteur en médecine générale et installés dans le Nord ou le Pas De Calais.

**Les critères de non-inclusion** sont : être MG non thésé, ou non installé, ou remplaçant, n'exerçant pas dans le Nord ou le Pas de Calais.

## **II. Déroulement de l'étude**

Nous avons effectué un questionnaire à l'aide du logiciel SPHINX (Annexe 1). Il permet de conserver l'anonymat et la confidentialité des réponses.

La diffusion du questionnaire a été réalisée via courriel, envoyé aux MG référencés à la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille.

L'Ordre des Médecins du Nord et du Pas de Calais ont publié le questionnaire sur leur site internet respectif pour une durée totale de trois mois.

L'étude s'est déroulée du 26 Février 2024 au 12 Août 2024.

- Début de l'envoi du questionnaire: 26 Février 2024
- Recueil des réponses : 12 Août 2024
- Evaluation des données, analyses statistiques : 12 Août 2024
- Soutenance de thèse : 24 Octobre 2024

### **III. Données recueillies**

Le questionnaire se compose en deux parties :

- Une première partie qui a pour objectif la description de l'échantillon, grâce aux données épidémiologiques : âge, sexe, milieu d'exercice (rural ou urbain), la participation à des FMC ou DPC, le statut de MSU.
- Une deuxième partie concerne la connaissance et les pratiques des médecins généralistes concernant le traitement médicamenteux de deuxième intention.

Le questionnaire comporte dix-sept questions, avec des réponses à choix simples, multiples, et questions ouvertes.

Nous avons opté pour une question ouverte afin de connaître l'avis des MG concernant la prescription du LIRAGLUTIDE dans le traitement de l'obésité en médecine générale.

#### **IV. Éthique**

Le questionnaire ainsi que le déroulement de l'étude ont été analysés et validés au préalable par la Commission de Recherche des Départements de Médecine et Maïeutique de la Faculté de Médecine et Maïeutique de Lille. Cette commission est composée des représentants du département de médecine générale et de maïeutique, ainsi que du référent hospitalier du département de médecine générale et si besoin des représentants de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du GH-ICL et/ou d'un correspondant informatique et liberté.

Ensuite, un enregistrement a été effectué auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés par le délégué à la protection des données.

Aucun risque n'est lié à cette étude, toutes les réponses sont anonymes et cette étude ne juge pas des bonnes pratiques des MG. Elle a pour objectif de faire un état des lieux des prescriptions d'une récente alternative thérapeutique et de connaître le point de vue des médecins prescripteurs.

#### **V. Analyses statistiques**

Les données sont analysées par le logiciel SPSS 25.0 (IBM).

Concernant les analyses univariées :

- Les variables qualitatives sont exprimées par des pourcentages et des fréquences.
- Les variables quantitatives sont exprimées par leurs moyennes et écart-types si elles suivaient une loi normale ou médianes et espaces interquartiles dans le cas contraire.

Concernant les analyses bivariées :

- Les pourcentages sont comparés par un test de  $\text{Khi}^2$ , avec si nécessaire un regroupement de données ou à défaut un test exact de Fisher quand les conditions d'applications n'étaient pas respectées.
- Les moyennes sont comparées entre elles par un test de Student si les conditions d'applications étaient vérifiées ou un test U de Mann et Whitney dans le cas contraire.
- La recherche de lien entre les variables quantitatives sont effectuées par une analyse de régression linéaire si une des variables est contrôlée ou par un analyse de corrélation si les deux variables sont aléatoires.
- Un seuil de significativité a été fixé à 5% pour l'ensemble des tests.

Avec un risque  $\alpha$  fixé à 5%, et une précision de 5% sur le critère de jugement principal estimé à 10%, nous avons calculé qu'il était nécessaire de recruter 139 participants.

Les données recueillies ont été détruites à l'issue de l'étude.

# RESULTATS

## I. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée du 26 Février 2024 au 12 Août 2024 et nous a permis de recueillir 166 questionnaires. Parmi eux, 140 MG sont inclus dans l'étude, et 26 MG sont exclus, soit un total d'inclusion de 84,3%.

## II. Epidémiologie de l'échantillon

L'ensemble des données est résumé dans le Tableau 1.

**L'âge moyen des participants** de cette étude est de 43 ans (+/- 11,194, IC [41,76; 45,50]).

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon, n=140

Caractéristiques de l'échantillon		Effectif (Pourcentage)
<b>Genre</b>	<b>Homme</b>	74 (52,9%)
	<b>Femme</b>	66 (47,1%)
<b>Département</b>	<b>Nord</b>	95 (67,9%)
	<b>Pas de Calais</b>	45 (32,1%)
<b>Lieu d'exercice</b>	<b>Urbain</b>	80 (57,1%)
	<b>Rural</b>	60 (42,9%)
<b>Travaille avec des CSO</b>		71 (50,7%)
<b>participation à des FMC ou DPC</b>		131 (93,6%)
<b>Reçoit des visiteurs médicaux</b>		106 (75,7%)
<b>MSU</b>		69 (49,3%)

### III. Prise en charge de l'obésité

#### A. Analyses descriptives

L'ensemble des données est résumé dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Données descriptives des connaissances et de la pratique des MG

Données descriptives des connaissances et de la pratique des MG	Effectif (Pourcentage)
<b>Connaissance de la recommandation 2022</b>	32 (22,9%)
<b>Connaissance du LIRAGLUTIDE dans le cadre de l'obésité</b>	106 (75,7%)
<b>Déclare avoir au moins un patient demandeur d'un traitement dans l'objectif de perte du poids</b>	131 (93,6%)
<b>Prescription du médicament</b>	26 (18,6%)
<b>Pense que le LIRAGLUTIDE a sa place en médecine générale</b>	103 (73,6%)

#### 1. Connaissances de la recommandation et du médicament

32 MG déclarent connaître la nouvelle recommandation concernant la prise en charge de l'obésité éditée en juin 2022 (soit 22,9%).

106 MG connaissent cette molécule dans le cadre de l'obésité (75,7%) dont :

- 41,5% grâce à une formation médicale (n=44),
- 28,3% par un représentant médical (n=30),
- 41,4% par leurs propres recherches (n=44),

- 8,5% par un étudiant (n=9),
- 36,8% par un collègue (n=39),
- 10,4% par les réseaux sociaux (n=11),
- 8,5% par un autre moyen : 1 médecin connaît cette molécule par la revue PRESCRIRE, 2 médecins par la lecture d'articles médicaux, 1 médecin par une ordonnance pré-établie, 1 médecin grâce aux médias, 1 médecin estime connaître la molécule par la pratique médicale.

## **2. Pratique en médecine générale**

Pour 131 MG, un patient aurait déjà demandé un traitement dans l'objectif de perdre du poids (93,6%).

**Le critère de jugement principal retrouve 26 MG qui ont déjà prescrit le médicament dans le cadre de l'obésité, soit 18,6%.**

Parmi la patientèle des 26 MG prescripteurs, on retrouve en moyenne 6,96 patients (+/- 9,349, IC [3,19; 10,74]) sous LIRAGLUTIDE.

Un MG a prescrit le traitement au minimum à 1 seul de ses patients, et au maximum 40 patients. Dans 75% des cas, le MG présente dans sa patientèle 6,25 patients sous LIRAGLUTIDE.

103 MG estiment que le LIRAGLUTIDE a bel et bien sa place dans la prise en charge de l'obésité et dans le surpoids avec comorbidités en médecine générale (73,6%).

## **B. Analyses bivariées**

### **1. Facteurs épidémiologiques**

Plusieurs facteurs épidémiologiques ont été analysés dans cette étude afin de déterminer l'existence d'un lien avec la prescription du médicament. Les résultats sont résumés dans le Tableau 3.

**L'âge moyen des prescripteurs** de notre étude est de 43 ans (+/- 10,798, IC [38,68; 47,40]). Le prescripteur le plus jeune à 30 ans et le plus âgé 64 ans.

**Le statut de MSU est le seul facteur étudié qui a un lien significatif avec la prescription du LIRAGLUTIDE (p=0,024).**

Tableau 3 : Analyses statistiques bivariées entre les variables épidémiologiques étudiées et la prescription du LIRAGLUTIDE.

	Prescription du LIRAGLUTIDE			Significativité
		NON	OUI	
<b>Genre</b>	Femme	53	13	p=0,746
	Homme	61	13	
<b>Département</b>	Nord	75	20	p=0,273
	Pas de Calais	39	6	
<b>Lieu d'exercice</b>	Urbain	62	18	p=0,168
	Rural	52	8	
<b>CSO</b>	NON	59	10	p=0,221
	OUI	55	16	
<b>DPC, FMC</b>	NON	9	0	p=0,210
	OUI	105	26	
<b>Visiteurs médicaux</b>	NON	31	3	p=0,093
	OUI	83	23	
<b>MSU</b>	NON	63	8	<b>p=0,024</b>
	OUI	51	18	

## 2. Pratique et connaissances médicales influençant la prescription du LIRAGLUTIDE

**44% (14/32) des MG connaissant la recommandation de 2022 ont déjà prescrit le LIRAGLUTIDE** contre 11% (12/108) parmi les MG qui ne connaissent pas cette recommandation (**p=0,00003**) (Tableau 4).

Tableau 4 : Analyses statistiques bivariées entre la connaissance de la recommandation 2022 et la prescription du LIRAGLUTIDE.

	Prescription du LIRAGLUTIDE			Significativité
		NON	OUI	
<b>Connaissance de la recommandation 2022</b>	NON	96	12	<b>p=0,00003</b>
	OUI	18	14	

Aucun lien n'a été démontré entre la **demande de traitement par le patient et la prescription par les MG** (p=0,210) (Tableau 5).

Tableau 5: Analyses statistiques bivariées entre la demande d'un traitement dans l'objectif de perdre du poids et la prescription du LIRAGLUTIDE.

	Prescription du LIRAGLUTIDE			Significativité
		NON	OUI	
<b>Demande un traitement dans l'objectif de perdre du poids</b>	NON	9	0	p=0,210
	OUI	105	26	

**Plus les MG connaissent le LIRAGLUTIDE, et plus ils vont le prescrire**

**(p=0,001)**. 24,5%(26/106) des MG connaissant le LIRAGLUTIDE ont déjà prescrit le traitement en médecine générale (Tableau 6).

Tableau 6: Analyses statistiques bivariées entre la connaissance du LIRAGLUTIDE et sa prescription.

	Prescription du LIRAGLUTIDE			Significativité
		NON	OUI	
<b>Connaissance du LIRAGLUTIDE</b>	NON	34	0	<b>p=0,001</b>
	OUI	80	26	

**25% (26/103) des MG qui pensent que le LIRAGLUTIDE à sa place en médecine générale ont déjà prescrit le LIRAGLUTIDE (p=0,001)** (Tableau 7).

Tableau 7 : Analyses statistiques bivariées entre le fait que les MG pensent que ce traitement à sa place en médecine générale et la prescription du LIRAGLUTIDE.

	Prescription du LIRAGLUTIDE			Significativité
		NON	OUI	
<b>MG pensent que le LIRAGLUTIDE a sa place en médecine générale</b>	NON	37	0	<b>p=0,001</b>
	OUI	77	26	

**IV. Question ouverte : "Pouvez-vous en quelques mots donner votre avis sur ce médicament et sa prescription en médecine générale ?"**

Les MG ont répondu a une question ouverte afin de connaitre leur avis sur ce médicament et sa place en médecine générale.

**Les points positifs relevés sont :**

- une bonne efficacité du traitement,
- une bonne tolérance, et donc une balance du bénéfice/risque positive,
- la simplicité de la prescription et de l'administration du traitement,
- une alternative médicamenteuse qui répond à la demande croissante des patients,
- un suivi qui peut être facilité par OBESI'CARE, et par une équipe de spécialistes,
- une bonne alternative à la chirurgie, permet d'élargir des possibilités thérapeutiques dans le traitement de l'obésité,
- le prix élevé qui favorise la motivation du patient, et son observance.

**Quelques points négatifs ont également été relevés :**

- le prix trop élevé, ainsi que l'absence de remboursement,
- les nombreux effets indésirables constatés (surtout digestifs) qui diminuent l'observance,
- pas de nette amélioration prouvée sur la morbi-mortalité,
- une balance bénéfice/risque défavorable,
- son mode d'administration,

- favorise les croyances du "médicament miracle", avec une perte de poids sans effort,
- un suivi difficile avec des temps de consultation réduits,
- entraîne une pénurie des analogues du GLP-1 en pharmacie pour les diabétiques,
- entraîne des complications pour les anesthésies générales (par la diminution de la vidange gastrique et l'augmentation de pneumopathie d'inhalation).

Certains médecins ont notifié l'utilité d'une primo-prescription par le spécialiste de l'obésité suivi d'un renouvellement par le MG.

Ils mentionnent également la nécessité d'un suivi rapproché par une équipe spécialisée avec l'aide du MG, et le rôle des entretiens motivationnels afin de favoriser l'observance.

D'autres médecins maintiennent l'importance des règles hygiéno-diététiques, de l'activité physique et du mode de vie dans la perte de poids.

Et pour finir, quelques MG s'inquiètent d'un probable effet rebond à l'arrêt du traitement.

## DISCUSSION

Dans notre étude, nous avons montré que **18,6% des MG prescrivent l'alternative médicamenteuse dans le cadre de la prise en charge de l'obésité chez les adultes en deuxième intention dans le Nord et le Pas de Calais.**

Cette prescription est **influencée par le statut de MSU, la connaissance de la recommandation éditée en juin 2022 et du médicament**, ainsi que **la place de la prescription qu'apporte le MG en médecine générale.**

### **I. Interprétation des résultats**

#### **A. Facteurs épidémiologiques**

De multiples facteurs épidémiologiques n'influencent pas la prescription de l'alternative médicamenteuse dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans le Nord et le Pas de Calais :

- comme l'âge, le sexe, le lieu d'exercice, le département,
- la rencontre avec des visiteurs médicaux,
- les FMC et DPC
- et le travail avec des CSO.

D'après la revue de la littérature du Dr DARMON David publiée en 2014 (15), la prescription médicamenteuse en médecine générale n'est pas influencée par **l'âge, le sexe, le mode d'exercice du médecin** (seul, groupe médical, groupe

pluriprofessionnel, centre de santé). Cependant, il montre un lien significatif entre la prescription des médicaments et la visite des **délégués de l'industrie pharmaceutique** contrairement à notre étude.

Il serait intéressant de réaliser une étude observationnelle afin de déterminer les facteurs influençant la prescription du médicament suite à la visite des délégués pharmaceutiques.

Les **FMC** ou **DPC** ne sont pas la solution pour une augmentation de prescriptions, malgré les 41,5% des MG qui déclarent connaître le traitement grâce aux formations médicales.

Nous savons que les analogues du GLP-1 sont initialement prescrits dans le traitement du DT2, et donc nous pouvons comparer notre étude à celle réalisée par Dr VERBEKE Amandine en Haute-Normandie concernant la "Prescription des médicaments de la voie des incrétones par les médecins généralistes. Enquête auprès de 16 praticiens" éditée en 2018. (16)

Elle démontre que tous les MG interrogés suivent des formations médicales continues, et tous connaissent ces médicaments mais beaucoup ne prescrivent pas par manque d'information. Et cela probablement parce que les MG confient spontanément la prise en charge du diabète à un expert et ne se sentent pas responsable de l'instauration thérapeutique.

Nous pouvons espérer que la pratique médicale a évolué depuis 2018 et qu'aujourd'hui les MG se sentent plus à l'aise dans les primo-prescriptions des analogues du GLP-1 chez les diabétiques.

Il serait intéressant de mener une étude qualitative concernant la primo-prescription des analogues du GLP-1 dans le cadre de l'obésité par les MG afin de connaître les facteurs influençant cette prescription.

Le **statut de MSU** est le seul facteur épidémiologique analysé dans notre étude qui influence significativement la prescription du médicament dans le cadre de l'obésité chez l'adulte.

D'après l'enquête d'opinions du Dr FUFALA Maud s'intitulant "Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste" publiée en 2015 (17), les MSU pensent améliorer leur pratique médicale grâce à une remise en question de leur pratique, et une actualisation des connaissances dans le cadre d'une démarche réflexive favorisée par la maîtrise de stage.

Une étude prospective ou rétrospective pourrait être menée afin de déterminer si il existe des modifications de comportement de prescriptions chez un MG qui devient MSU en comparant ses prescriptions antérieures et postérieures à ce statut.

## **B. Pratique en médecine générale**

Malgré une forte de demande de traitement dans l'objectif de perte de poids par les patient (93,6%), il n'a pas été démontré de lien significatif avec la prescription médicamenteuse du LIRAGLUTIDE par le MG. La prescription semble plutôt influencée par la connaissance du médicament et de la recommandation 2022.

Cependant la plupart des MG de notre échantillon connaissent le médicament (75,7%), et seulement 1/4 d'entre eux le prescrivent (24,5%).

Certains MG ont mentionné **leur avis négatif** concernant ce traitement, et notamment l'effet néfaste du "médicament miracle" avec la perte de poids sans effort, le prix trop élevé, son mode d'administration, le manque de bénéfice sur la morbi-mortalité et le suivi difficile en médecine générale.

Et pourtant, nous avons établi une relation entre la **prescription du médicament et le fait que les MG pensent qu'il a sa place en médecine générale** ( $p=0,025$ ). Les freins de la primo-prescription pourraient disparaître avec l'augmentation des prescriptions.

## **II. Perspectives d'amélioration de la prise en charge**

### **A. Le prix du médicament et de la prise en charge**

Le prix est régulièrement mentionné par les MG de notre étude, alors que la prévalence de l'obésité chez les adultes en France est plus marquée en bas de l'échelle sociale (3).

Dans le niveau de recours 1 de la recommandation éditée en 2022, il est mentionné que de multiples spécialistes sont acteurs de cette prise en charge et notamment les **diététiciens, psychologues, ergothérapeutes, éducateurs sportifs**. Leurs interventions ne sont pas remboursées par la sécurité sociale, il s'agit donc de frais supplémentaires pour le patient.

Pour mémoire, l'OMS avait désigné en 1997 l'obésité comme une "**maladie chronique dont l'évolution se caractérise par une aggravation progressive et par le risque de rechute**" (2).

L'HAS rappelle dans ses recommandations de 2006 que l'Assurance Maladie a créé un dispositif **d'affection de longue durée (ALD)** afin de permettre une prise en charge à 100% par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d' « **affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse** » (18).

On pourrait donc espérer que les maladies catégorisées dans la liste des ALD soient remises au goût du jour afin de proposer une ALD aux patients obèses nécessitant un traitement au long cours.

L'Assurance Maladie a tout de même mis en place un dispositif **Mission : Retrouve ton cap** qu'elle finance à 100% (19). Il s'agit d'un dispositif de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile. Il a été mis en place pour les enfants de 3 à 12 ans à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe. Aucun frais n'est à avancer par la famille et les dépassements d'honoraires ne s'appliquent pas.

La prise en charge est prescrite par le médecin référent de l'enfant (MG, pédiatre, médecin dans la protection maternelle et infantile, médecin scolaire) à l'aide d'une prescription sur Amelipro ou sur une ordonnance classique. Puis un relai est organisé vers des centres de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelles.

Le suivi se déroule sur deux ans. Trois bilans sont proposés : diététique, psychologique et activité physique; ainsi que six séances de suivi nutritionnel et/ou psychologique.

Le médecin référent joue un rôle de coordinateur de soin en s'assurant du suivi à l'aide des comptes rendus adressés par les professionnels.

Il serait intéressant d'envisager ce type de prise en charge de l'obésité chez l'adulte.

Dans les Hauts-de-France, une **éducation thérapeutique du patient** (20) est proposée aux adultes en situation d'obésité avec un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> à travers le **dispositif PasApa**. Ce dispositif est constitué de professionnels de santé variés : diététiciens, enseignants d'activité physique adaptée, psychologues, MG (21).

Il est totalement gratuit, et financé par l'Agence Régionale de Santé.

Il permet d'accompagner les patients dans la prise en charge de l'obésité à travers de multiples ateliers afin de créer un plan d'action personnalisé aux besoins du patient. Un bilan récapitulatif est ensuite envoyé au MG pour l'aider dans sa prise en charge.

Contenu des programmes d'éducation thérapeutique du patient proposé par la  
Plateforme Santé Douaisis au sein du dispositif PasApas (20)



**Chez nos voisins les suisses, il existe un remboursement du LIRAGLUTIDE selon plusieurs critères :**

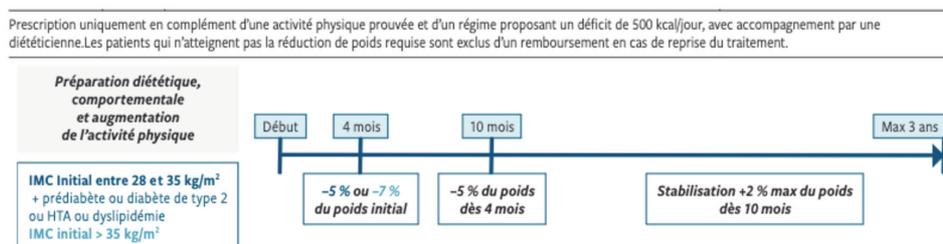
- Le respect des indications : IMC [28; 35 kg/m<sup>2</sup>] avec une comorbidité métabolique (prédiabète ou DT2, dyslipidémie ou HTA) ou  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>. (22)
- La demande de remboursement doit être effectuée par un médecin endocrinologue au médecin conseil de l'assurance maladie. (23)
- La première prescription doit être réalisée par un spécialiste en endocrinologie/diabétologie ou un médecin spécialisé dans le traitement de l'obésité.

- Le remboursement est limité par des résultats de perte de poids et par le temps (3 ans au total). Il est arrêté si le patient n'atteint pas les objectifs requis et un seul essai est autorisé ce qui permet d'augmenter la motivation du patient (22).

La Suisse préconise : (Schéma 1)

- une perte de poids d'au moins 5% du poids initial en 4 mois pour les IMC [28; 35 kg/m<sup>2</sup>] avec une comorbidité métabolique et -7% pour les IMC  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>.
- Puis à 10 mois, une perte de poids de 5% du poids atteint à 4 mois.
- Une stabilisation du poids avec une marge de +2% du poids atteint à 10 mois est souhaité pendant 2 ans afin de conserver le remboursement du traitement.

Schéma 1 : Conditions de remboursement par l'assurance de base depuis avril 2021 en Suisse (22)



Questionnaire pour la demande de remboursement effectuée par un médecin  
endocrinologue au médecin conseil de l'assurance maladie en Suisse (24)

**Saxenda® (liraglutide 3.0 mg) Traitement de l'obésité**

**Formulaire de demande de garantie de prise en charge à l'attention du médecin-conseil**

**Saxenda® a été autorisé dans la liste des spécialités dès le 01.06.2023 pour une durée limitée au 30.06.2026.\***

Par la présente, je sollicite

- 1<sup>re</sup> garantie de prise en charge au début du traitement (première prescription)  
 Prise de connaissance du suivi après 16 semaines  
 2<sup>e</sup> garantie de prise en charge pour la poursuite du traitement (10 mois après le début du traitement)  
 Prise de connaissance du suivi après (> 10 mois après le début du traitement, à un intervalle de 6 mois)  
 16 mois                       22 mois                       28 mois                       34 mois

avec le médicament **Saxenda® (liraglutide 3.0 mg)** dans le cadre de l'assurance de base pour la thérapie de l'obésité.

**Identité du/de la patient-e:**

Prénom:

Rue:

Date de naissance:

Taille (en cm):

Sexe:

Nom:

CP / ville:

Poids (en kg):

IMC (kg/m<sup>2</sup>):

**Assureur:**

Assurance-maladie (assurance de base):

Rue:

N° d'assuré:

CP / ville:

**Médecin prescripteur:**

Prénom:

Institution:

CP / ville:

Nom:

Rue:

E-mail:

- Médecin avec titre de spécialiste FMH en endocrinologie/diabétologie
- Médecin dans un centre de l'obésité qui remplit les critères suivants:
- Le centre emploie au moins deux médecins spécialistes disposant de l'un des titres de spécialiste suivants : Endocrinologie/Diabétologie et/ou Médecine interne et/ou Chirurgien FMH/Titre de spécialiste en chirurgie viscérale.
  - Le centre dispose en outre d'un-e diététicien-ne (selon l'art. 11 de la LFPS182) ou peut démontrer une collaboration avec un-e diététicien-ne externe (selon l'art. 11 de la LFPS182).
  - Le médecin responsable du centre est membre de l'ASEMO, de la SSED ou de la SMOB.
  - Le réseau interdisciplinaire du centre de l'obésité comprend au moins un-e psychiatre/psychologue clinicien-ne et un-e physiothérapeute certifié-e.
  - L'établissement traite au moins 300 patient-e-s atteint-e-s d'obésité par an.
- Il existe, pour les patient-e-s ayant commencé leur traitement jusqu'au 31 mai 2023 chez un médecin figurant sur la liste actuelle des médecins expérimentés dans le traitement de l'obésité, une période de transition de 12 mois jusqu'au 31 mai 2024.

Remarque:

\* Liste des spécialités (LS) de l'OFSP, [www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch)

## 1<sup>re</sup> garantie de prise en charge au début du traitement

Données médicales (à destination exclusive du médecin-conseil):

- IMC initial  $\geq 28 < 35 \text{ kg/m}^2$        IMC initial  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$
- Pré-diabète       Diabète de type 2
- Hypertension artérielle       Dyslipidémie
- Le/La patient-e est motivé-e et consent à prendre part à un programme de lutte contre l'obésité comprenant les éléments suivants:
- Régime alimentaire avec déficit de 500 kcal/jour
  - Conseils nutritionnels
  - Activité physique renforcée
- Aucun traitement préalable par agonistes du récepteur du GLP-1.
- Aucune combinaison à d'autres agonistes du récepteur du GLP-1, à des gliptines, à des inhibiteurs du SGLT-2, à de l'insuline et à d'autres médicaments (p. ex. médicaments contenant de l'orlistat) pour la réduction du poids.
- À ce jour, aucune opération bariatrique n'est prévue et aucune opération bariatrique n'a été réalisée.

## Suivi après 16 semaines

Données médicales (à destination exclusive du médecin-conseil):

- Le/La patient-e a obtenu la réduction de poids requise d'au moins 5 % ou 7 % du poids initial après 16 semaines et continue de participer à un programme de lutte contre l'obésité comprenant un régime alimentaire avec déficit de 500 kcal/jour, des conseils nutritionnels et une activité physique renforcée.

Suivi après 16 semaines à la demande de la caisse-maladie.

## 2<sup>e</sup> garantie de prise en charge pour la poursuite du traitement

10 mois après le début du traitement

Traitement par Saxenda® débuté le:

Données médicales (à destination exclusive du médecin-conseil):

- IMC initial  $\geq 28 < 35 \text{ kg/m}^2$        IMC initial  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$
- Réduction de poids 10 mois après le début du traitement atteint:  
 $\geq 10 \%$  de réduction de poids par rapport au poids initial  
Date du contrôle:
- Réduction de poids 10 mois après le début du traitement atteint:  
 $\geq 12 \%$  de réduction de poids par rapport au poids initial  
Date du contrôle:

- Le/La patient-e continue de prendre part à un programme de lutte contre l'obésité comprenant les prescriptions suivantes:

- Régime alimentaire avec déficit de 500 kcal/jour
- Conseils nutritionnels
- Activité physique renforcée

Le respect des prescriptions est documenté et vérifié par le médecin traitant.

## Suivi après      16 mois      22 mois      28 mois      34 mois

Données médicales (à destination exclusive du médecin-conseil):

- Le/La patient-e a obtenu la réduction de poids requise d'au moins 10 % ou 12 % du poids corporel initial au début du traitement et continue de participer à un programme de lutte contre l'obésité comprenant un régime alimentaire avec déficit de 500 kcal/jour, des conseils nutritionnels et une activité physique renforcée.

Suivi à la demande de la caisse-maladie.

Date:

Cachet / signature:

La demande de garantie de prise en charge doit être soumise à l'assureur du du/de la patient-e par le médecin-conseil.

En France, le LIRAGLUTIDE doit être arrêté si le patient n'a pas atteint une perte de poids > 5% de son poids initial au bout de 12 semaines à dose de 3 mg/jour (25).

Les critères d'échec sont similaires à ceux de la Suisse.

On pourrait espérer qu'un remboursement soit proposé en France prochainement.

## **B. Le suivi en médecine générale**

A travers la question ouverte, les MG ont également notifié une difficulté dans le suivi au long cours des patients en situation d'obésité nécessitant un traitement.

Un outil simple et efficace a été créé afin de faciliter le suivi dans la prise en charge de l'obésité : **OBESI'CARE** (26).

Il s'agit d'un site internet dédié aux patients obèses sous traitement (LIRAGLUTIDE, SEMAGLITIDE), permettant un suivi médical continu et un soutien personnalisé assuré par des infirmiers, psychologues, diététiciens, et experts de l'obésité.

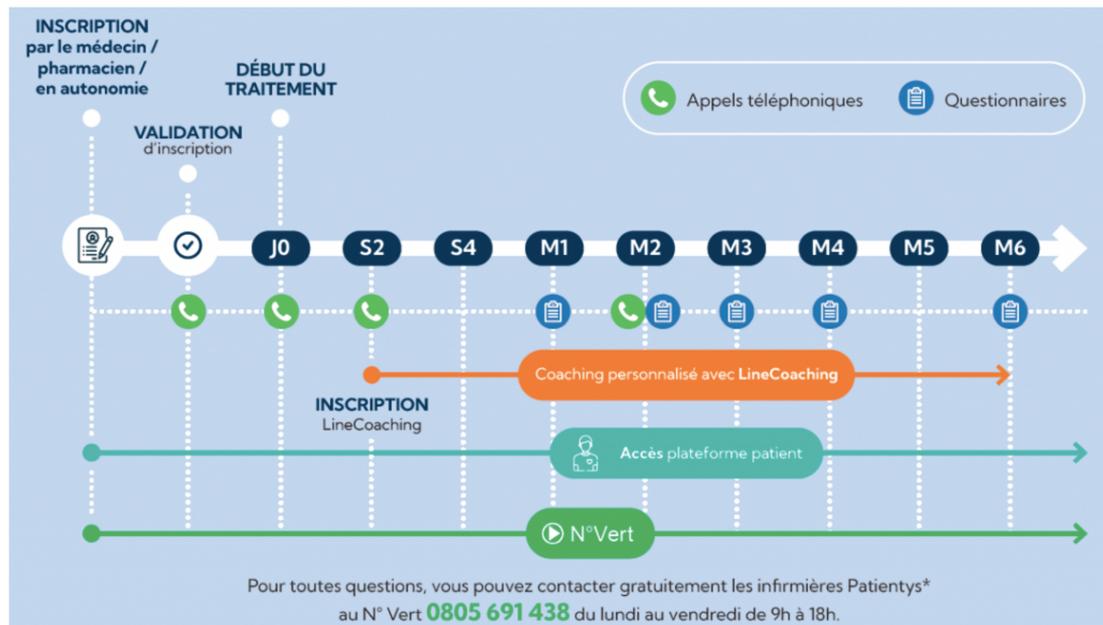
L'inscription est gratuite.

Il propose un parcours de soin personnalisé et adapté à chaque patient :

- environ 3-4 appels d'infirmiers spécialisés avec des auto-questionnaires de suivi et de qualité de vie à remplir pour suivre leur prise en charge,
- un parcours en ligne de Thérapie Comportementale et Cognitive afin d'améliorer le comportement alimentaire,
- un parcours d'activité physique adaptée,
- 3 entretiens avec des psychologues et diététiciens,
- une plateforme en ligne personnalisée afin d'obtenir un aperçu de leur suivi,
- une plateforme en ligne pour les médecins et pharmaciens leur permettant d'avoir accès au compte rendus des appels et des auto-questionnaires,

- un numéro vert gratuit disponible aux heures ouvrables pour les patients et les médecins

### Parcours type de l'accompagnement par Obesi'care du patient en situation d'obésité en cours de traitement



### C. Le mode d'administration

Le mode d'administration du LIRAGLUTIDE est discuté par les MG de notre étude. L'injection sous cutanée quotidienne présente une contrainte pour le patient et entraîne potentiellement une **mauvaise observance** (27).

Depuis le 8 Octobre 2024, il existe un deuxième médicament dans les mêmes indications pouvant être renouvelé par le MG en France: le **SEMAGLUTIDE (WEGOVY®)**.

Il s'administre par une injection sous cutanée à hauteur d'une injection par semaine ce qui pourrait augmenter l'observance du traitement (28).

**Des analogues du GLP-1 par voie orale** sont disponibles uniquement dans l'indication du DT2, dans d'autres pays ou en cours de développement :

- Le **SEMAGLUTIDE oral (RYBELSUS®)** (29) est le premier analogue du GLP-1 à être administré par voie orale. Ce médicament est indiqué dans le DT2 à usage hospitalier sur le marché belge. Il est commercialisé depuis le 1<sup>e</sup> décembre 2021. Il présente également un bénéfice significatif sur la perte du poids. Les effets indésirables d'ordre gastro-intestinaux sont identiques au traitement par voie injectable. Il doit être administré de façon stricte sous peine d'une diminution de son efficacité : prise à jeun, avec un verre d'eau de 120ml, au moins 30 minutes avant la prise d'aliment, de liquide ou autres médicaments.
- L' **ORFORGLIPRON per os (30)** est un agoniste non peptidique des récepteurs GLP-1 en cours de développement dans la prise en charge de l'obésité et du DT2. A la différence du SEMAGLUTIDE oral et grâce à sa fonction non peptidique, il peut être administré avec ou sans nourriture. Le prix de production serait également beaucoup moins onéreux que les traitements peptidiques ou injectables.

Des alternatives thérapeutiques sont en cours d'étude et pourraient répondre à la contrainte de l'injection sous-cutanée quotidienne du LIRAGLUTIDE.

## D. L'efficacité thérapeutique

L'efficacité du traitement dans la perte de poids est discutée par certains MG de l'étude.

Le SEMAGLUTIDE a été comparé au LIRAGLUTIDE dans l'étude STEP 8 sur une période de 68 semaines (28). **Le traitement par SEMAGLUTIDE a entraîné une réduction supérieure et cliniquement significative du poids corporel par rapport au LIRAGLUTIDE 3 mg.** Il y a une différence de perte de poids estimée à 8,5kg [-11,2 ; -5,7] entre les deux groupes sur une période de 68 semaines (environ 17 mois).

## E. La morbi-mortalité

Les MG mentionnent l'absence de bénéfice sur la morbi-mortalité du LIRAGLUTIDE. En effet, l'article publié en juillet 2017 par NOVO NORDISK CANADA expliquent qu'il n'y a pas d'amélioration sur la morbidité et la mortalité cardio-vasculaire du patient. (31)

La Cardio-Online SFC explique néanmoins qu'il n'y a pas de sur-risque cardio-vasculaire sous LIRAGLUTIDE chez les patients obèses ou en surpoids selon une étude menée en Novembre 2017. (32)

Contrairement au LIRAGLUTIDE, le **SEMAGLUTIDE a prouvé son bénéfice sur la morbidité cardio-vasculaire** avec un risque relatif de 0,80 [0,72 ; 0,90] [IC à 95 %] (28) et plus particulièrement sur l'évènement composite d'infarctus du myocarde non

fatal. Néanmoins il **n'apporte pas d'amélioration significative sur la mortalité cardio-vasculaire** (IC [0,71; 1,01]).

## **F. Recommandation du 8 Octobre 2024**

L'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a décidé le 8 Octobre 2024 (33) de **restreindre les conditions de prescription et de délivrance de l'ensemble des analogues du GLP-1 dans le cadre de l'obésité (LIRAGLUTIDE et SEMAGLUTIDE)** . L'objectif est de réduire le mésusage des médicaments.

La primo-prescription est maintenant réservée aux médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition ou titulaire de la formation spécialisée "Nutrition appliquée". Le renouvellement peut être réalisé par MG.

Après l'avis du comité scientifique temporaire, l'indication est réservée en deuxième intention **aux patients présentant un IMC  $\geq 35\text{kg/m}^2$  et  $\leq 65$  ans.**

Ces mesures seront réévaluées en fonction de l'évolution de la situation.

## **III. Les biais**

### **A. Biais de sélection**

Le premier biais que nous pouvons citer est le biais de sélection. Il s'est avéré difficile d'envoyer le questionnaire à tous les MG du Nord et du Pas de Calais.

Nous avons exclus 15,6% de MG. Finalement, il aurait pu être intéressant d'inclure les MG remplaçants thésés ou non thésés car certains d'entre eux peuvent initier le traitement et suivre les patients s'ils exercent régulièrement chez le même praticien.

## **B. Biais de mesure et de confusion**

Un biais d'évaluation et de confusion lié au **caractère déclaratif** des données recueillies par le questionnaire favorise **l'estimation subjective du MG**. Notamment la question 15 "*Combien de patients avez-vous sous traitement ?*" qui ne nécessitait aucune vérification dans la base de données professionnelles du MG.

Notre étude était basée sur du **volontariat** ce qui explique probablement le taux élevé de MSU inclus.

## **C. Validité interne**

Selon les calculs et les estimations réalisés par notre statisticien, nous avons recueillis un effectif suffisant pour interpréter les résultats.

## **D. Validité externe**

D'après les données de l'ARS en 2022, 408 MSU sont recensés dans le Nord Pas de Calais, ce qui représente 3% des MG de la région (34).

**Notre échantillon inclus un nombre excessif de MSU par rapport à notre population cible.**

**Concernant le territoire**, nous avons réceptionné 67,90% questionnaires de MG installés dans le Nord contre 32,10% dans le Pas de Calais.

Selon le Conseil National des Médecins, la démographie médicale en 2024 dans la région du Nord et du Pas de Calais recense respectivement 9 554 et 3 761 MG soit 72% VS 28 % (35). **Nous avons donc recueillis plus de questionnaires provenant de MG du Pas de Calais par rapport à la population cible.**

#### **E. Puissance de l'étude**

Les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence en raison d'un probable manque de puissance statistique.

#### **F. Conflit d'intérêt**

Aucun conflit d'intérêt n'a été relevé dans cette étude.

## CONCLUSION

Les moyens thérapeutiques dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte se développent face à une augmentation constante de l'obésité.

Le LIRAGLUTIDE (SAXENDA®) est l'alternative médicamenteuse de deuxième intention mise sur le marché français depuis Mars 2021. Il met le MG au centre de la prise en charge de l'obésité et du surpoids avec comorbidité. Sa prescription reste néanmoins faible malgré une forte demande par les patients. Les MG du Nord et du Pas de Calais émettent des craintes face à sa prescription.

Le SEMAGLUTIDE (WEGOVY®) commercialisé depuis le 8 Octobre 2024 sera probablement la solution pour faciliter la prise en charge de l'obésité en médecine générale grâce à sa fréquence d'administration, son efficacité sur la perte de poids et sur les morbidités cardio-vasculaires.

Les traitements pour l'obésité sont en plein essor et les recommandations sont régulièrement mises à jour. La dernière recommandation du 8 Octobre 2024 restreint les MG au renouvellement du LIRAGLUTIDE ou SEMAGLUTIDE. Ces mesures seront réévaluées en fonction de l'évolution de la situation en espérant permettre au MG de redevenir le primo-prescripteur.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. 2024 [cité 21 avr 2024]. Obésité. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/obesity>
2. Rapport d'information surpoids et obésité, l'autre pandémie [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744-syn.pdf>
3. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité pour la Ligue contre l'Obésité [Internet]. 2021 [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>
4. Bernard BAUDUCEAU, Jean-Louis SCHLIENGER, Louis MONNIER. Diabétologie Pratique. 2024 [cité 13 juin 2024]. État du traitement de l'obésité en 2024 - Apport des incrétinomimétiques. Disponible sur: <https://www.diabetologie-pratique.com/journal/article/0043144-etat-traitement-lobesite-en-2024-apport-incretinomimetiques>
5. Commission des affaires sociales. RAPPORT D'INFORMATION SURPOIDS ET OBÉSITÉ L'AUTRE PANDÉMIE. juin 2022; Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-744/r21-744-syn.pdf>
6. Inserm [Internet]. 2019 [cité 21 avr 2024]. Obésité · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
7. Surpoids et obésité - Réduire les risques de cancer [Internet]. 2023 [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Surpoids-et-obesite>
8. Centre de l'Obésité et du Surpoids Grenoble-Sud [Internet]. 2020 [cité 21 avr 2024]. Grossophobie : Comment faire face à la discrimination sociale envers les personnes obèses ? Disponible sur: <https://centre-obesite-surpoids-grenoble.com/actualites/grossophobie-comment-faire-face-discrimination-sociale-envers-personnes-obeses>
9. Pr Ritz P. L'obésité en France en 2023 [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: [https://diabeteetobesite.fr/wp-content/uploads/2023/03/DIA162\\_DossierComplet.pdf](https://diabeteetobesite.fr/wp-content/uploads/2023/03/DIA162_DossierComplet.pdf)
10. Haute Autorité de Santé - Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_adulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf)
11. Haute Autorité de Santé - Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux. PARTIE I : PRISE EN CHARGE MÉDICALE / RECOMMANDATION [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369\\_recommandations\\_obesite\\_2e\\_3e\\_niveaux\\_preparation\\_mel\\_v4\\_2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-06/reco369_recommandations_obesite_2e_3e_niveaux_preparation_mel_v4_2.pdf)

12. A.J. Scheen. LE MÉDICAMENT DU MOIS Le liraglutide à la dose de 3 mg (Saxenda®) : indication dans le traitement de l'obésité. 2016 [cité 9 oct 2024]; Disponible sur: [https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/200448/1/201605\\_09.pdf](https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/200448/1/201605_09.pdf)
13. RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT [Internet]. [cité 21 avr 2024]. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211122153597/anx\\_153597\\_fr.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20211122153597/anx_153597_fr.pdf)
14. Pr Jean Paul Thissen. LE LIRAGLUTIDE 3 mG (SAXENDA®) : un nouveau médicament de l'obésité [Internet]. 2015 [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: [https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/thissen\\_0.pdf](https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/thissen_0.pdf)
15. Darmon D. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard - Lyon I; 2014 [cité 4 oct 2024]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-02467763>
16. Verbeke A. Prescription des médicaments de la voie des incrétones par les médecins généralistes. Enquête auprès de 16 praticiens [Internet]. [Thèse d'exercice]. 2018 [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919513v1/file/VERBEKE%20Amandine.pdf>
17. Bufala M. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de maître de stage universitaire sur le développement des compétences d'un médecin généraliste [Internet]. [Thèse d'exercice]. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01161901/document>
18. Haute Autorité de Santé - Recommandations de la HAS 18 mai 2006 - Affections de longue durée (ALD) [Internet]. [cité 20 sept 2024]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ald\\_-\\_recommandations\\_de\\_la\\_has\\_18\\_mai\\_2006.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ald_-_recommandations_de_la_has_18_mai_2006.pdf)
19. « Mission : retrouve ton cap », un dispositif pour prévenir le surpoids et l'obésité infantile [Internet]. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>
20. Éducation Thérapeutique du Patient [Internet]. Plateforme Santé Douaisis. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.sante-douaisis.fr/education-therapeutique-patient/>
21. PasApa - Prévention Accompagnement Santé Activité Physique Alimentation [Internet]. Plateforme Santé Douaisis. [cité 25 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.sante-douaisis.fr/portfolios/pasapa/>
22. Dre SÉVERINE NEST DPG VÉRONIQUE DI VETTA, FANNY DUDIN, Dre JOHANNA FRANTZ, et Dre LUCIE FAVRE. Revue médicale Suisse - Liraglutide dans le traitement de l'obésité : une prise en charge multidisciplinaire [Internet]. 2022 [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_43EB9FD178F2.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_43EB9FD178F2.P001/REF)

23. CHUV [Internet]. [cité 20 sept 2024]. Traitement médicamenteux de l'obésité. Disponible sur: <https://www.chuv.ch/fr/obesite/patients-et-familles/prise-en-charge-et-traitements/traitement-medicamenteux-de-lobesite>
24. Novo Nordisk Pharma SA. Formulaire de demande de garantie de prise en charge à l'attention du médecin-conseil. Disponible sur: [https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=Awr.QKZhx\\_lm2gY\\_zQyPAwx.;\\_ylu=Y29sbwMEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1727674337/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.medforms.ch%2fformTemplates%2fmedforms.50.10.40.5010\\_fr.pdf/RK=2/RS=4roFe\\_H1eBDQJHzV7bJ2m5elo9A-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awr.QKZhx_lm2gY_zQyPAwx.;_ylu=Y29sbwMEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1727674337/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.medforms.ch%2fformTemplates%2fmedforms.50.10.40.5010_fr.pdf/RK=2/RS=4roFe_H1eBDQJHzV7bJ2m5elo9A-)
25. VIDAL [Internet]. 2021 [cité 1 oct 2024]. SAXENDA, première spécialité à base de liraglutide indiquée dans le contrôle du poids. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/26775-saxenda-premiere-specialite-a-base-de-liraglutide-indiquee-dans-le-controle-du-poids.html>
26. Ella J. OBESI'CARE : : 1er programme patient en France pour les patients atteints d'obésité et traités par traitement médicamenteux [Internet]. [cité 31 août 2024]. Disponible sur: <https://www.patientys.com/programme-patient-obesite/>
27. CARRILLO S. Obesite Pratique. 2023 [cité 20 sept 2024]. Perte de poids pour les patients en situation d'obésité ou en surpoids - Les résultats prometteurs de l'orforglipron, un AR GLP-1 par voie orale. Disponible sur: <https://www.obesite-pratique.com/journal/article/007490-perde-poids-patients-en-situation-dobesite-ou-en-surpoids-resultats>
28. RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT Wegovy. [Internet]. 2024 [cité 8 oct 2024] [https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/wegovy-epar-product-information\\_fr.pdf](https://www.ema.europa.eu/fr/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_fr.pdf)
29. Dummy csv. CBIP. 2021 [cité 1 oct 2024]. Sémaglutide oral: le premier analogue du GLP-1 par voie orale. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/semaglutide-oral-le-premier-analogue-du-glp-1-par-voie-orale/>
30. Miriam E. Tucker. Medscape. 2023 [cité 12 juin 2024]. Un nouvel agoniste GLP-1 oral prometteur dans l'obésité et le DT2. Disponible sur: <http://français.medscape.com/voirarticle/3610269>
31. Novo Nordisk Canada Inc. MONOGRAPHIE DE PRODUIT - SAXENDA [Internet]. 2017 [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: [https://caf.novonordisk.ca/content/dam/Canada/AFFILIATE/caf-novonordisk-ca/OurProducts/documents/Saxenda\\_PM\\_French.pdf](https://caf.novonordisk.ca/content/dam/Canada/AFFILIATE/caf-novonordisk-ca/OurProducts/documents/Saxenda_PM_French.pdf)
32. Obésité : pas de surrisque cardiovasculaire sous liraglutide [Internet]. 2017 [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.cardio-online.fr/Actualites/Depeches/Pas-de-surrisque-cardiovasculaire-sous-liraglutide-chez-des-patients-obeses-ou-en-surpoids>
33. ANSM [Internet]. [cité 10 oct 2024]. Analogues du GLP-1 et obésité : nous prenons des mesures pour sécuriser leur utilisation en France. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/analogues-du-glp-1-et-obesite-nous-prenons-des-mesures-pour-securiser-leur-utilisation-en-france>

34. MÉDECINE GÉNÉRALE - PRATICIENS MAITRES DE STAGES AGREES, année scolaire 2021-2022 [Internet]. [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: [https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/system/files/2021-07/MSU\\_agrees\\_Novembre\\_2021.pdf](https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/system/files/2021-07/MSU_agrees_Novembre_2021.pdf)
35. Dr François ARNAULT, Président du CNOM. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE, SITUATION AU 1ER JANVIER 2024.

## ANNEXE

### Questionnaire

- Vous êtes :
  - Médecin thésé et installé
  - Médecin remplaçant non thésé
  - Médecin remplaçant thésé
- Quel est votre sexe ?
  - Homme
  - Femme
  - Autre
- Quel âge avez-vous ? (question ouverte)
- Exercez-vous dans le Nord ou Pas de Calais ?
  - Nord
  - Pas de Calais
- Selon vous, exercez-vous plutôt :
  - En zone urbaine (ville)
  - En zone rurale (campagne)
- Avez-vous l'habitude de travailler avec un centre spécialisé de l'obésité ?
  - Oui
  - Non
- Participez-vous à des FMC (formation médicale continue) ou DPC (développement professionnel continu) ?
  - Oui
  - Non

- Recevez-vous des représentants de laboratoire / visiteurs médicaux dans votre cabinet ?
  - Oui
  - Non
- Etes-vous maître de stage ?
  - Oui
  - Non
- Connaissez-vous la nouvelle recommandation concernant la prise en charge de l'obésité éditée en juin 2022 ?
  - Oui
  - Non
- Est-ce que vos patients vous ont déjà demandé un traitement dans l'objectif de perdre du poids ?
  - a. Oui
  - b. Non
- Connaissez-vous le LIRAGLUTIDE, (nom commercial : SAXENDA) (*molécule identique au VICTOZA dans le cadre du diabète*) ?
  - Oui
  - Non
- Vous connaissez grâce à : (réponse à choix simple ou multiple)
  1. une formation médicale
  2. un représentant médical
  3. vos propres recherches
  4. un étudiant
  5. un collègue médecin

6. les réseaux sociaux

7. Autre : (proposition à réponse ouverte)

Le LIRAGLUTIDE (SAXENDA) est un médicament ayant l'indication dans le surpoids avec comorbidités et l'obésité. Son AMM a été autorisée en France depuis mars 2021.

Ce médicament va agir comme un analogue du GLP-1 en augmentant la satiété par ralentissement la vidange gastrique et donc la sensation d'être rassasié plus longtemps. Il réduit le taux maximum de glucose sanguin et la quantité d'insuline nécessaire à l'organisme pour métaboliser le glucose.

A la dose maximale de 3 mg/jour, il devra être interrompu après 12 semaines de traitement si les patients n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids initial. Une prescription de deux ans maximale est autorisée.

Le LIRAGLUTIDE s'administre par une injection sous cutanée quotidienne. Il est soumis à une prescription médicale obligatoire mais n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Son prix est aux alentours de 150-300€/mois. La première prescription peut être initiée par le MG et doit être accompagnée d'un régime hypocalorique et d'une activité sportive.

Les indications sont :

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (obésité),

- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  et  $< 30 \text{ kg/m}^2$  (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids : pré diabète ou diabète de type 2, une hypertension artérielle, une dyslipidémie ou un syndrome d'apnée obstructive du sommeil
- Avez-vous déjà prescrit le LIRAGLUTIDE dans le cadre de l'obésité sans diabète associé ?
  - Oui
  - Non
- Si oui, combien de patients avez-vous sous traitement ? (question ouverte)
- Pensez-vous que ce médicament a sa place dans la prise en charge de l'obésité et du surpoids ( $\text{IMC} \geq 27$ ) avec comorbidités en médecine générale ?
  - c. Oui
  - d. Non

Les contre-indications sont :

- Age  $\geq 75$  ans,
- Insuffisance cardiaque congestive de classe IV NYHA,
- Traitement par d'autres produits utilisés pour contrôler le poids,
- Obésité secondaire à des troubles endocrinologiques, à des troubles alimentaires ou à des traitements médicamenteux susceptibles d'entraîner une prise de poids,
- Insuffisance rénale sévère,
- Insuffisance hépatique sévère,
- Maladie inflammatoire de l'intestin,
- Gastroparésie diabétique (ralentissement de la vidange gastrique)

Les effets indésirables sont peu nombreux :

1. Très fréquemment retrouvés :
    - a. Céphalées
    - b. Troubles digestifs : nausée, vomissement, diarrhée, constipation transitoire (4-8 semaines)
  2. Fréquemment retrouvés :
    - a. Insomnie pendant les 3<sup>e</sup> mois
    - b. Vertige
    - c. Troubles digestifs : Sécheresse buccale, dyspepsie, gastrite, reflux gastroœsophagie, douleur abdominale haute, flatulences, éructation, distension abdominale
    - d. Lithiase biliaires, colique hépatique, cholécystite, pancréatite aigue
- Pouvez-vous en quelques mots donner votre avis sur ce médicament et sa prescription en médecine générale ? (question ouverte

**AUTEURE : Nom : TRYHOEN**

**Prénom : LEA**

**Date de soutenance : 24 Octobre 2024**

**Titre de la thèse : Alternative médicamenteuse de deuxième intention dans la prise en charge de l'obésité chez les adultes par les médecins généralistes du Nord et du Pas de Calais**

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES : Médecine générale**

**Mots-clés : Médecine générale; Prise en charge de l'obésité; Adulte; Liraglutide**

**Résumé :**

**Introduction :** L'obésité est un problème de santé publique au vu de son incidence qui ne cesse d'augmenter. Des alternatives thérapeutiques sont en cours de développement et le LIRAGLUTIDE est indiqué dans la prise en charge de l'obésité et du surpoids avec comorbidité de niveau de recours 2 et 3. L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'utilisation d'un médicament récemment commercialisé dans la prise en charge de l'obésité chez les adultes par les MG du Nord et du Pas de Calais.

**Matériels et méthodes :** Etude quantitative, descriptive, observationnelle, auprès des MG du Nord et du Pas de Calais réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire. Le critère de jugement principal était la prévalence de prescription du traitement médicamenteux. Les critères de jugement secondaires consistaient à déterminer les facteurs influençant la prescription d'un médicament.

**Résultats :** de février à août 2024, 166 questionnaires ont été recueilli. Parmi eux, 140 MG sont inclus dans l'étude. 26 MG ont prescrit le traitement dans le cadre de l'obésité soit 18,6%. La prescription est influencée par le statut de MSU ( $p=0,024$ ), la connaissance de la recommandation ( $p=0,00003$ ), et du médicament ( $p=0,001$ ). Les prescripteurs pensent que ce médicament a bel et bien sa place en médecine générale ( $p=0,001$ ).

**Discussion :** L'évolution thérapeutique met le MG au centre de la prise en charge des patients en situation d'obésité ou de surpoids avec comorbidités.

De multiples outils sont mis en place afin de faciliter la prescription et le suivi des patients en médecine générale. Le SEMAGLUTIDE pourrait répondre aux craintes des MG quant à la prescription du LIRAGLUTIDE.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Anne VAMBERGUE**

**Assesseur : Docteur Jan BARAN**

**Directeur de thèse : Docteur Dominique DELSART**