

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

Soutenue publiquement le 29 octobre 2025

Par Madame Camille LEGGHE

**Description de l'action d'accompagnement OBESI'CARE chez les patients en
situation d'obésité sous traitement médicamenteux.**

Membres du Jury :

Président & Directrice de thèse : LEHMANN Hélène, Maître de Conférences des
Universités Habilitée à diriger des recherches (MCU HDR) – Département de pharmacie
– UFR 3S de l'Université de Lille

Assesseur : CUVELIER Elodie, Pharmacien Maître de conférences des universités –
praticien hospitalier (MCU-PH), Laboratoire de pharmacologie, pharmacie clinique et
pharmacocinétique – Département de pharmacie – UFR3S
de l'Université de Lille et CHU de Lille

Membre extérieur : TIFOUN Ouerdia, Pharmacien et Thoracic Oncology Medical
advisor, Bristol Myers Squibb



Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN



Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87



M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86



M.	SERGHARAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M	BEDART	Corentin	ICPAL	86



M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86



M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86
M.	POURCET	Benoît	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87



Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	



Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	



Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale



M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

CYCLE DE VIE DU DOCUMENT

Version	Modifié par	Date	Principales modifications
1.0		20/02/2020	Création
2.0		02/01/2022	Mise à jour
2.1		21/06/2022	Mise à jour
2.2		01/02/2024	Mise à jour
2.3		15/11/2024	Mise à jour
2.4		18/02/2025	Mise à jour



UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.



Remerciements :

Un premier merci à l'Université de Lille, l'Université de Sorbonne-Paris Nord et à leurs enseignants,

Tout d'abord, je tiens profondément à remercier le Docteur Lehmann pour m'avoir accompagnée en tant que directrice de thèse lors de cette dernière aventure du cursus de pharmacie. Votre supervision et vos remarques constructives m'auront permis d'élaborer cette thèse avec sérénité.

Je remercie également les membres de mon jury, le Professeur Cuvelier et le Dr Tifoun pour leur intérêt et leur disponibilité pour évaluer ce travail.

Au Professeur Nikasinovic, merci. Merci d'avoir répondu à l'email d'une étudiante en 5^e année totalement perdue. Vous m'avez permis de trouver ma voix et de m'épanouir dans le secteur de la santé publique. Merci au Professeur Pinçon, pour son accompagnement durant mes études de pharmacie.

Merci à toutes pour ses mains tendues qui permettent à de jeunes adultes de trouver leur voix.

Merci à mes anciens collègues de pharma, merci à Faustine, Mildred, Charles, Ouerdia, Florine, Nassim, Loïc, Amélie pour votre amitié.

Je remercie également l'équipe enseignante et étudiante du Master « Education Thérapeutique et Education à la Santé » (ETES). Je n'ai jamais été aussi épanouie dans mon cursus scolaire que durant cette 6^e année d'étude en découvrant l'éducation thérapeutique à travers vos enseignements. Cette année m'aura permis de grandir humainement au contact de mes camarades de classe, tous d'horizons professionnels différents. Un grand merci au Professeur Gagneyre, à Anne-Laure, Emmanuel, Anouk, Estelle, Amanda, Lorine, Delphine et au reste de l'équipe !

Un grand merci à Patientys,

A Camille, ma très chère collègue et amie, je te remercie pour l'aide apportée pour la collecte des données Obesi'care, et du temps que tu m'as consacré pour répondre à mes questions. Ton soutien quotidien depuis maintenant 2 ans et ton amitié me sont très précieuses.

A Thomas, mon ancien maître de stage et aujourd'hui manager, merci de m'avoir recruté et accompagné dans cette transition vers la vie active. Merci également pour ta bienveillance et ta confiance en moi.

A mes supers collègues du BD (Jérémy, Pauline, Sophie, Corine, Nolwenn, Sofiiia...), je suis plus que ravie de travailler avec vous dans cette ambiance chaleureuse.

Merci également aux chefs de projet sénior, pour votre accompagnement et votre disponibilité au quotidien.

Un grand merci également aux infirmiers avec lesquels je travaille, c'est un plaisir de travailler avec vous et de contribuer ensemble au suivi de la santé de nos patients ! Une petite mention



spéciale pour l'équipe MYCOCARE, Intisar, Manelle, Joyce vous êtes au top ! Elena merci d'être toi !

Un petit coucou également aux équipes d'information médicale qui rythment mon quotidien, Julien, Charlie, Nancy, Pierrick... votre bonne humeur et bienveillance rendent mes journées plus belles !

A Patientys, merci de m'avoir fait découvrir le monde des programmes patients et les belles choses que nous pouvons accomplir tous ensemble pour accompagner les patients dans leur parcours de soin !

Et un IMMENSE merci à ma famille,

Merci à ma maman, Sophie, tu es un exemple pour moi et tu me pousses à me surpasser continuellement (même si je ne suis pas toujours coopérante), merci de prendre soin de moi depuis toujours !

Merci à mon père, pour tous ces allers-retours à Lille lors de ma PACES et pour ton soutien,

Merci à ma sœur, ma meilleure amie, je pense fort à toi ! Profite de Quebec et reviens vite me voir !
Merci à mes frères ! J'ai hâte que nous passions plus de temps ensemble tous les 6.

Merci à mes grands-parents qui ont toujours été là pour moi, j'ai hâte que vous puissiez assister à ma soutenance de thèse.

A l'équipe des caramels mous, merci d'être vous : j'ai toujours hâte de vous retrouver pour de nouvelles aventures.

Mais surtout merci Romain pour ton dévouement ces derniers mois tous les mercredi soir. Sans tes appels en visio, ma thèse n'aurait sans doute pas dépassé 10 pages.

Bérenger, merci d'être mon meilleur ami, de me rassurer dans les moments de doute et de toujours être là pour moi ! Un immense merci pour les nombreuses heures consacrées à me soutenir pour cette thèse !

Merci à Elena pour ton soutien depuis Berlin et à Milena depuis Amsterdam, votre amitié m'est très précieuse.

Merci au reste des copains, copines, cousins, cousines, oncles et tantes qui font partis de ma vie.

J'espère qu'un maximum d'entre vous pourront venir assister à ma soutenance de thèse,

Camille



Table des matières

Introduction	19
I. Contexte général de l'obésité	21
1. Définition de l'Obésité.....	21
2. Épidémiologie.....	22
3. Impacts socio-économiques	23
4. Mécanismes physiopathologiques impliqués et impact sur la santé des patients	24
5. Différentes typologies et causes de l'Obésité	26
1. Typologies d'obésité (selon l'étiologie et la sévérité)	26
2. Causes et facteurs de risques spécifiques	28
6. Diagnostic de l'Obésité	29
7. Le Parcours de Soins Classique après le Diagnostic	31
1. Dépistage et Évaluation Initiale.....	31
2. Approche Pluriprofessionnelle de Proximité	31
3. Orientation vers des Structures Spécialisées	32
4. Stratégies Thérapeutiques	32
8. Prévention et dépistage selon la HAS	34
1. Les recommandations	34
2. Les enjeux de santé publique et politique.....	34
II. Prise en charge thérapeutique de l'obésité	35
1. Approches non médicamenteuses	35
2. Traitements médicamenteux	36
➤ Traitements médicamenteux disponibles en France	36
1. Orlistat (Xenical®)	37
2. Liraglutide (Saxenda®)	40
3. Sémaglutide (Wegovy®)	42
4. Tirzépatide (Mounjaro®)	46
➤ Molécules en phase de recherche	49
➤ Dérives, mésusages et encadrement réglementaire :	51
• Vers une prise en charge encadrée et personnalisée	56
III. Action d'accompagnement des patients	59
1. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : évolution et cadre législatif	59
2. Les actions d'accompagnement : une modalité spécifique d'ETP	60
1. Cadre réglementaire et définition.....	60



2. Objectifs et exemples d'actions	61
3. Présentation du programme Obesi'care	62
1. Genèse et objectifs du programme	62
2. Modalités d'inclusion et consentement	63
3. Parcours et modalités du suivi	64
4. Méthodologie de recueil et d'analyse des données	70
5. Résultats d'analyse de la cohorte	71
A - Caractéristiques de la population incluse	71
B - Engagement et suivi dans le programme	80
C- Objectifs personnels et impacts perçus de l'obésité	80
D - Évolution pondérale et clinique	83
E - Observance et bon usage des traitements.....	84
F - Évolution de la qualité de vie.....	88
Discussion	91
Conclusion	95
Annexes	97



Liste des abréviations :

Abréviation	Signification
aGLP-1	Analogues du glucagon-like peptide-1
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ARS	Agence régionale de santé
CB1	Récepteur cannabinoïde de type 1
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CST	Comité scientifique temporaire
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la Santé
DPP-4	Dipeptidyl peptidase-4
EGCG	Épigallocatechine gallate
EMA	<i>European Medicines Agency</i> (Agence européenne des médicaments)
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> (États-Unis)
GLP-1	<i>Glucagon-like peptide-1</i>
GIP	<i>Glucose-dependent insulintropic polypeptide</i>
HAS	Haute Autorité de santé
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HDL	<i>High-Density Lipoprotein</i>
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi)
HTA	Hypertension artérielle (cholestérol à haute densité)
IMC	Indice de masse corporelle
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IWQOL-Lite	<i>Impact of Weight on Quality of Life-Lite</i> (questionnaire de qualité de vie)
LDL	<i>Low-density lipoprotein</i> (cholestérol à basse densité)
MEN 2	Néoplasie endocrinienne multiple de type 2
MACE	<i>Major adverse cardiovascular events</i> (événements cardiovasculaires majeurs)
NASH	Stéatohépatite non alcoolique (<i>Non-Alcoholic Steatohepatitis</i>)
NPY/AgRP	Neuropeptide Y / <i>Agouti-related peptide</i> (neurones orexigènes hypothalamiques)
OFÉO	Observatoire français d'épidémiologie de l'obésité
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEG	Polyéthylène glycol
POMC/CART	Pro-opiomélanocortine / <i>Cocaine- and amphetamine-regulated transcript</i> (neurones anorexigènes hypothalamiques)
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
SCOUT	Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial
SOPK	Syndrome des ovaires polykystiques
STEP	<i>Semaglutide Treatment Effect in People with obesity</i> (programme clinique)
SURMOUNT	Programme d'essais cliniques sur le tirzépatide dans l'obésité

SURPASS	Programme d'essais cliniques sur le tirzépate dans le diabète de type 2
TG	Triglycérides



Introduction

Depuis plusieurs décennies, la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter à travers le monde, faisant d'elle un enjeu majeur de santé publique. En France, selon les données 2024 de l'Observatoire Français d'Épidémiologie de l'Obésité (OFÉO), 47,3 % des adultes sont en surpoids, dont 17 % en situation d'obésité, avec une progression importante chez les jeunes adultes et dans les zones les plus défavorisées [1]. Ces chiffres soulignent une dynamique préoccupante, avec des projections alarmantes pour les années à venir. Cette progression constante transforme l'obésité, longtemps perçue comme une problématique individuelle ou esthétique, en une véritable maladie chronique complexe [2], impliquant des facteurs multiples : génétiques, environnementaux, comportementaux et sociaux. Elle est aujourd'hui reconnue non seulement comme une pathologie à part entière, mais également comme un facteur de risque majeur pour de nombreuses affections graves telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, certains cancers, ou encore l'apnée du sommeil.

Face à ce constat, l'obésité constitue non seulement un enjeu de santé publique, mais également un défi stratégique pour les autorités sanitaires, qui en font une priorité nationale dans le cadre du Plan Obésité 2023-2025 [3]. Celui-ci vise à améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'obésité, en mobilisant tous les acteurs de la chaîne de soins autour d'une approche globale, multidisciplinaire et centrée sur le patient.

Pour faire face à cette situation, une approche thérapeutique globale et durable s'impose. Si les traitements médicamenteux récents – notamment les agonistes des récepteurs du GLP-1 – ont montré une efficacité significative dans la perte de poids et la gestion des comorbidités [4,5], leur succès repose en grande partie sur la persévérance du patient, son observance et son engagement dans son parcours de soins. C'est dans cette optique que l'accompagnement thérapeutique prend tout son sens, en complément des soins médicaux conventionnels. Inspiré des principes de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), ce type d'accompagnement s'est développé ces dernières années via des



initiatives innovantes, portées par des structures privées ou associatives, en collaboration étroite avec des professionnels de santé et des experts scientifiques. [6,7]

Le programme Obesi'care, mis en place en 2022 par Patientys, s'inscrit dans cette dynamique. Élaboré avec le soutien d'un comité scientifique constitué de professionnels de santé pluridisciplinaires, ce programme propose un accompagnement à distance, personnalisé, réalisé par des infirmiers spécialement formés [8]. Le suivi s'organise autour d'appels téléphoniques réguliers, avec pour objectifs d'améliorer l'observance des traitements, de renforcer l'autonomie des patients et d'optimiser leur qualité de vie.

Dans une première partie, nous dresserons un état des lieux de l'épidémiologie de l'obésité en France et des enjeux qu'elle soulève. Nous détaillerons notamment les traitements disponibles et les évolutions récentes dans la prise en charge. Dans une deuxième partie, nous reviendrons sur le cadre réglementaire des actions d'accompagnement, en lien avec la loi HPST de 2009 [9], avant de présenter le fonctionnement du programme Obesi'care, son protocole de suivi et les acteurs impliqués. Enfin, nous analyserons une cohorte de patients inclus dans le programme depuis son lancement, à travers des données d'observance, de profil patient, et d'évolution de la qualité de vie.

L'obésité représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, du fait de sa prévalence croissante, de son impact sur les systèmes de soins et des nombreuses pathologies qu'elle favorise. Face à la complexité de sa prise en charge et à l'importance d'un accompagnement individualisé, des dispositifs innovants voient le jour pour renforcer l'adhésion au traitement et améliorer la qualité de vie des patients.

Dans ce contexte, cette thèse vise à décrire la population incluse dans le programme Obesi'care depuis sa mise en place, et à analyser l'évolution de leur observance thérapeutique et de leur qualité de vie au cours du suivi infirmier effectué à distance.

I. Contexte général relatif à l'obésité

1. Définition de l'Obésité

L'obésité est reconnue comme une maladie chronique complexe multifactorielle caractérisée par une accumulation anormale ou excessive de graisse qui nuit à la santé. Cette définition est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [2] et est reprise dans les guides de bonnes pratiques.

Elle est principalement évaluée par l'Indice de Masse Corporelle (IMC), qui est un marqueur de substitution de l'adiposité, calculé en divisant le poids (en kg) par le carré de la taille (en m²) [2,10].

Les seuils de l'IMC définissent :

- Le surpoids (ou pré-obésité) : un IMC compris entre 25,00 et 29,99 kg/m² pour les adultes.
- L'obésité : un IMC supérieur ou égal à 30,00 kg/m² pour les adultes.

L'obésité est ensuite classifiée en différentes catégories :

- Obésité de classe I (modérée) : IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m².
- Obésité de classe II (sévère) : IMC compris entre 35 et 39,9 kg/m².
- Obésité de classe III (massive) : IMC supérieur ou égal à 40 kg/m². [10]

Il est à noter que ces catégories d'IMC sont communes quel que soit le sexe à partir de 18 ans. Cependant, pour certaines populations, comme les personnes sud-asiatiques, les seuils d'IMC peuvent être abaissés pour détecter des risques cardiovasculaires équivalents, avec un surpoids défini entre 23 et 27,5 kg/m² et l'obésité à partir de 27,5 kg/m². [2,11]



2. Épidémiologie

L'obésité est aujourd'hui reconnue comme une véritable épidémie mondiale et constitue un problème majeur de santé publique. Sa prévalence a connu une progression fulgurante au cours des dernières décennies. Selon l'analyse la plus récente publiée dans *The Lancet* en 2023, le nombre de personnes obèses dans le monde est passé de 195 millions en 1990 à plus d'un milliard en 2022, soit une multiplication par cinq en trente ans [12]. Cette tendance concerne aussi bien les adultes que les enfants et adolescents, traduisant une progression continue de l'indice de masse corporelle (IMC) moyen dans la quasi-totalité des pays [12].

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'en 2022, plus de 650 millions d'adultes et 390 millions d'enfants présentaient une obésité, soit près de 13 % de la population mondiale [2]. Les projections de la World Obesity Federation indiquent qu'en 2035, près de 51 % de la population mondiale sera en surpoids ou obèse, avec un doublement attendu des cas d'obésité infantile par rapport à 2020 [13].

En Europe, les chiffres sont tout aussi préoccupants. Le rapport régional de l'OMS publié en 2022 montre que près de 60 % des adultes sont en surpoids, dont 23 % sont obèses [14]. L'Europe est ainsi l'une des régions les plus touchées au monde après les Amériques. La prévalence a augmenté de 21 % entre 2006 et 2016, avec une surreprésentation masculine (63 % des hommes vs 54 % des femmes) [15].

La France n'est pas épargnée par cette progression. Selon l'enquête nationale Obepi-Roche 2020, la prévalence du surpoids et de l'obésité combinés atteint 47,3 % de la population adulte, dont 17 % d'obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et 2 % d'obésité sévère ($\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$) [16]. Ces données confirment que la prévalence de l'obésité a doublé en 25 ans, avec un gradient social marqué : les classes défavorisées et certaines régions (Nord et Nord-Est) sont plus touchées.

Ainsi, les données épidémiologiques soulignent le caractère pandémique de l'obésité, qui concerne désormais toutes les tranches d'âge, toutes les classes sociales et toutes les régions du globe.



En France, l'étude Esteban (2021) a confirmé la poursuite de la hausse du surpoids et de l'obésité chez les adultes par rapport à 2015 [17]. Bien que cette enquête ne mette pas directement en cause le confinement, plusieurs travaux suggèrent que la crise sanitaire a joué un rôle aggravant. Ainsi, l'enquête CoviPrev (Santé publique France) rapporte qu'environ 35 % des adultes ont pris du poids (+1,8 kg en moyenne) pendant le premier confinement, tandis que 53 % ont diminué leur activité physique et 63 % ont vu leur sédentarité augmenter [18]. Ces résultats sont cohérents avec des études scientifiques montrant que le confinement a favorisé une dégradation des habitudes alimentaires et une baisse de l'activité physique, contribuant à un environnement plus « obésogène » [19,20].

3. Impact socio-économique de l'obésité

L'obésité représente un fardeau économique considérable, tant pour le système de santé que pour la société. On distingue habituellement les coûts directs, liés à la prise en charge médicale, et les coûts indirects, correspondant aux pertes économiques associées à la maladie.

Les coûts directs regroupent les dépenses de soins engendrées par les consultations, hospitalisations, prescriptions médicamenteuses et interventions chirurgicales, mais concernent surtout la prise en charge des comorbidités associées (diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires). En France, une étude Asterès menée en 2024 pour la Fondation Ramsay Santé a estimé que l'obésité générerait un coût total de 10,3 milliards d'euros par an, dont près de 60 % directement imputables aux dépenses de santé [21]. L'impact hospitalier est conséquent, avec une augmentation de la durée moyenne de séjour et un risque accru de réhospitalisations, du fait des complications postopératoires et de la complexité de la prise en charge multidisciplinaire [22]. Selon les projections, ce coût pourrait atteindre 12 milliards d'euros d'ici 2030 [21].



Les coûts indirects, bien que plus difficiles à estimer, sont tout aussi importants. Ils comprennent les pertes de productivité liées à l'absentéisme, les arrêts maladie prolongés, l'invalidité ou encore la retraite anticipée.

En 2024, Asterès a évalué l'impact socio-économique de l'obésité sur l'emploi à environ 9 milliards d'euros par an, dont :

- 2,7 milliards de dépenses publiques liées à l'exclusion du travail,
- 2,6 milliards de pertes de revenus pour les personnes concernées,
- 1,5 milliard dû aux discriminations salariales (écart de rémunération annuel moyen de 396 € pour les femmes obèses)
- et près de 2 milliards en pertes de productivité pour les employeurs et l'Assurance maladie [21].

Un précédent rapport de la Direction générale du Trésor (2016) avait déjà évalué le coût social de la surcharge pondérale à 20,4 milliards d'euros, dont 10,9 milliards attribués aux coûts indirects [22].

Ces données confirment que l'obésité ne constitue pas uniquement un problème de santé publique, mais aussi un enjeu économique majeur. Avec sa prévalence grandissante, cette pathologie alourdit progressivement les dépenses de l'Assurance maladie. Cela souligne la nécessité d'investir dans des stratégies de prévention et d'accompagnement efficaces, afin de limiter son impact à long terme sur les finances publiques et la société.

4. Mécanismes physiopathologiques impliqués et impact sur la santé des patients

L'obésité perturbe de nombreuses fonctions physiologiques fondamentales. Elle est associée à des altérations du métabolisme, du système cardiovasculaire, de la fonction hépatique, respiratoire, musculosquelettique, neurologique, endocrinienne et psychologique [23–32].



Sur le plan **métabolique**, l'excès de tissu adipeux viscéral entraîne une sécrétion accrue de cytokines pro-inflammatoires (TNF- α , IL-6) et d'adipokines, induisant une insulino-résistance systémique. Cela altère la captation du glucose, favorise une hyperinsulinémie et précède le développement d'un diabète de type 2 [23,24]. Par ailleurs, l'obésité est un facteur majeur de dyslipidémie, caractérisée par une élévation des triglycérides, une diminution du HDL-cholestérol et une augmentation des LDL petites et denses [24].

Sur le plan **cardiovasculaire**, l'obésité est un facteur de risque indépendant pour l'hypertension artérielle, les cardiopathies ischémiques et l'insuffisance cardiaque. Elle favorise une hypertrophie ventriculaire gauche, une dysfonction diastolique et une activation chronique du système nerveux sympathique.

Au niveau **hépatique**, l'obésité constitue un déterminant majeur de la stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD), principale cause de maladie chronique du foie dans les pays industrialisés. La NAFLD peut évoluer vers une stéatohépatite (NASH), une fibrose hépatique, voire une cirrhose ou un carcinome hépatocellulaire [25].

Sur le plan **respiratoire**, l'obésité est étroitement liée au syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), avec un risque accru d'hypoxie intermittente et de fragmentation du sommeil. Le SAOS aggrave le risque cardiométabolique global. Dans les formes sévères, le syndrome d'hypoventilation obésité (Pickwick) peut conduire à une insuffisance respiratoire chronique [26].

Sur le plan infectieux, plusieurs études ont confirmé que l'obésité constitue un facteur de gravité indépendant lors des infections respiratoires aiguës (par exemple : la grippe saisonnière, la Covid-19 et les infections à pneumocoque...) [27,28]. Ce risque accru s'explique par plusieurs mécanismes : une défense immunitaire moins efficace, un état d'inflammation chronique de l'organisme et des difficultés respiratoires liées notamment aux apnées du sommeil et à l'hypoventilation. Les patients obèses présentent ainsi un risque plus élevé d'hospitalisation, de complications sévères et de mortalité en contexte infectieux.

L'obésité impacte également le **système musculosquelettique**, en induisant une surcharge mécanique sur les articulations portantes (genoux, hanches) et en accélérant l'usure du cartilage articulaire, contribuant à l'arthrose. Elle est aussi impliquée dans la sarcopénie obèse, qui associe obésité et déclin musculaire, augmentant le risque de chutes et de perte d'autonomie [29].

Concernant le **système endocrinien**, l'obésité perturbe les axes hormonaux, en particulier par une résistance centrale à la leptine et à l'insuline. Elle est impliquée dans le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) chez la femme et dans un hypogonadisme fonctionnel chez l'homme [30].

Sur le plan **psychologique**, l'obésité est souvent associée à la dépression, à l'anxiété, à une faible estime de soi et à des troubles du comportement alimentaire (par exemple : hyperphagie, boulimie). La stigmatisation sociale accentue souvent ce vécu négatif, renforçant l'isolement et rendant l'adhésion aux soins plus difficile. Le lien entre détresse psychologique et prise de poids fonctionne dans les deux sens [31].

Enfin, l'obésité altère le **système nerveux central**, en perturbant les circuits neuronaux de la satiété et du plaisir alimentaire. Une hyperactivation du système dopaminergique de la récompense, couplée à une résistance à la leptine, favorise des comportements alimentaires compulsifs [32].

5. Différentes typologies et causes de l'Obésité

L'obésité est une maladie multifactorielle, résultant de l'interaction de divers éléments.

1. Typologies d'obésité (selon l'étiologie et la sévérité)

Au-delà de la classification par l'indice de masse corporelle (IMC), l'obésité peut être distinguée selon ses origines étiologiques. Cette distinction, bien que parfois théorique, permet de mieux comprendre la diversité des mécanismes impliqués et d'orienter plus précisément la prise en charge.



Les **obésités monogéniques** représentent une minorité des cas, estimée à environ 5 % dans les pays occidentaux. Elles sont généralement sévères, débutent précocement dans l'enfance et s'accompagnent souvent d'une hyperphagie et d'anomalies cognitives. Parmi elles figurent des syndromes rares comme ceux de Prader-Willi ou de Bardet-Biedl. Sur le plan moléculaire, plusieurs mutations affectant la voie leptine-mélanocortine ont été identifiées, confirmant le rôle clé des circuits hypothalamiques dans la régulation du poids corporel [33].

Les **obésités secondaires** regroupent des situations où l'excès pondéral est la conséquence identifiable d'un facteur médical. Elles sont moins fréquentes, mais leur identification est essentielle car elles nécessitent une prise en charge spécifique. On distingue notamment :

- les formes **induites par certains traitements médicamenteux**, comme les corticoïdes, les antipsychotiques ou certains antidépresseurs, connus pour favoriser une prise de poids rapide et parfois importante ;
- les formes **liées à des maladies endocriniennes ou métaboliques**, telles que l'hypothyroïdie, le syndrome de Cushing ou le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), qui perturbent la régulation hormonale et énergétique ;
- enfin, les obésités **associées à une immobilisation prolongée ou à des actes iatrogéniques**, observées par exemple après un traumatisme, une chirurgie ou certaines atteintes neurologiques [2,34].

La plupart des cas d'obésité relèvent d'une combinaison de causes multiples, on parle d'**obésité multifactorielle**. On retrouve généralement l'influence d'un environnement obésogène — alimentation riche en calories et sédentarité —, de facteurs psychosociaux comme le stress ou les troubles alimentaires, ainsi qu'une prédisposition génétique. Ces formes, les plus courantes, rappellent que l'obésité ne peut se réduire à une seule explication et qu'elle nécessite une prise en charge globale, allant de la prévention aux interventions médicales. [1,34,35].



2. Causes et facteurs de risques spécifiques

Les déterminants du surpoids et de l'obésité sont multiples et nécessitent une compréhension fine pour définir un projet de soins personnalisé :

- **Facteurs génétiques et prédispositions Familiales** : l'obésité est influencée par des variantes génétiques. Les antécédents familiaux de surpoids ou d'obésité, un gain de poids excessif de la mère durant la grossesse, le tabagisme maternel ou le diabète maternel sont des éléments d'orientation importants [3].
- **Facteurs médicaux** en cas de pathologies associées (hypothyroïdie, syndrome de Cushing, syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)...)
- **Facteurs environnementaux et comportementaux** :
 - Environnements obésogènes.
 - Habitudes alimentaires : la consommation de grandes quantités de nourriture lors des repas (hyperphagie prandiale), le fait de manger très rapidement (tachyphagie), les variations de poids, les régimes amaigrissants restrictifs et non contrôlés avec reprise de poids ("effet yo-yo"). Le manque d'accès à une alimentation variée ou au matériel pour cuisiner peut aussi être un obstacle [1,35].
 - Activité physique et sédentarité : un temps excessif passé devant les écrans, la désorganisation du cycle de sommeil, l'isolement social peuvent y contribuer [34].
- **Facteurs médicamenteux** : certains médicaments sont connus pour favoriser la prise de poids :
 - Antipsychotiques.
 - Antidépresseurs.
 - Glucocorticoïdes.
 - Insulinothérapie au long cours.
 - Sulfamides hypoglycémiants.
 - Progestatifs (avec ou sans action œstrogénique, de synthèse) [34].

- **Facteurs psychosociaux :**

- Troubles du comportement alimentaire (TCA) : hyperphagie boulimique, boulimie, restriction cognitive.
- Stress, anxiété, dépression : la souffrance psychologique peut interférer avec le traitement de l'obésité et la motivation.
- Stigmatisation : les personnes en situation d'obésité sont souvent confrontées à des attitudes stigmatisantes qui peuvent entraîner des conséquences délétères telles que des troubles de l'alimentation, un stress, l'évitement de l'activité physique et des soins médicaux, et un isolement. La stigmatisation est souvent liée à une perception erronée de l'obésité, souvent réduite à un manque d'alimentation saine et d'activité physique [35].
- Faible estime de soi, image corporelle négative [35].

- **Conditions de vie et contexte social** : la précarité, les situations sociales défavorisées, les difficultés d'accès aux soins, au logement, à l'éducation, ou au travail peuvent éloigner les personnes des soins et interférer avec le traitement [1].
- **Grossesse et post-partum** : la grossesse peut s'accompagner d'une prise de poids excessive, et chaque grossesse successive peut avoir un effet cumulatif sur l'IMC et la santé de la femme [34].
- **Situations de handicap** : Les personnes en situation de handicap (moteur, sensoriel, intellectuel, troubles du neuro-développement) présentent une obésité plus marquée, souvent due à une réduction de l'activité physique et/ou un accès limité aux messages de prévention [1].

6. Diagnostic de l'Obésité

Le diagnostic du surpoids et de l'obésité repose sur un examen clinique et le calcul de l'IMC. Ce dépistage vise à suivre la corpulence, prévenir l'évolution vers des stades plus avancés de la maladie, intervenir précocement en cas de signes d'alerte ou de gain de poids rapide, et ouvrir le dialogue sur les habitudes de vie [1,34].

Les étapes clés du diagnostic et de l'évaluation initiale incluent :

- **Des mesures anthropométriques** : il est essentiel de mesurer le poids et la taille (en utilisant une toise si possible), car les mesures déclaratives ne sont pas fiables. Le calcul de l'IMC et le traçage de la courbe de corpulence sont cruciaux. La mesure du tour de taille (à mi-distance entre la dernière côte palpable et le sommet de la crête iliaque) est également recommandée [1,2].
- **Une interprétation de l'IMC et du tour de taille** : ces mesures sont interprétées en référence aux seuils établis, en tenant compte de la morphologie, de la répartition du tissu adipeux et de la masse musculaire [34].
- **La recherche de signes d'alerte** : il est préconisé d'être attentif aux signes d'alerte et aux situations à risque pouvant favoriser ou aggraver le surpoids ou l'obésité, tels que des facteurs de risque familiaux ou personnels, des comorbidités somatiques et/ou psychiques, ou des traitements médicamenteux orexigènes [1,34].
- **Des examens biologiques** : un bilan biologique (glycémie à jeun, exploration des anomalies lipidiques) est prescrit chez toute personne, quel que soit l'IMC. Des examens complémentaires ciblés sont réalisés en fonction des signes cliniques et si l'IMC est $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ [34].
- **Une évaluation des habitudes de vie et du contexte** : une évaluation globale des habitudes de vie est réalisée, incluant l'activité physique, les comportements sédentaires, l'alimentation (incluant les perturbations et troubles des conduites alimentaires), le sommeil et les rythmes de vie (rythme de vie irrégulier, influence du travail posté ou de nuit) [1,34].
- **La recherche de dénutrition ou sarcopénie** : un IMC élevé n'exclut pas une dénutrition, particulièrement chez la personne âgée. Une sarcopénie (diminution de la force et de la masse musculaire avec retentissement fonctionnel) doit également être recherchée [2].

- **Un dialogue avec la personne** : l'accord de la personne est nécessaire pour aborder son poids, son tour de taille, son ressenti et ses habitudes de vie. Il est crucial de ne pas induire de sentiment de culpabilité [34].

7. Le Parcours de Soins Classique après le Diagnostic

Le parcours de soins de l'obésité est une démarche globale et multidimensionnelle, nécessitant une approche pluriprofessionnelle et un suivi régulier et dans la durée. Il vise à personnaliser le traitement en fonction des besoins de chaque personne et à améliorer leur qualité de vie [34].

Voici les étapes et les acteurs clés :

1. Dépistage et Évaluation Initiale

Le médecin généraliste est le premier acteur du dépistage et de l'évaluation. Toute consultation médicale est une occasion de dépister le surpoids ou l'obésité. L'évaluation initiale est multidimensionnelle, explorant l'histoire individuelle et familiale, les problématiques, le retentissement sur la santé, les besoins et les attentes de la personne [34].

2. Approche Pluriprofessionnelle de Proximité

Après l'évaluation initiale, le médecin généraliste sollicite d'autres professionnels de proximité, idéalement formés à l'obésité.

Le diététicien assure une évaluation approfondie des habitudes alimentaires et accompagne le patient dans un rééquilibrage nutritionnel durable. [34]

Les professionnels de l'activité physique adaptée (APA) ou les masseurs-kinésithérapeutes contribuent à la mise en place d'une activité physique progressive et adaptée aux capacités du patient, tout en prenant en charge les douleurs et les déficiences fonctionnelles. [34]

Le psychologue ou le psychiatre intervient dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, de la détresse psychologique ou des pathologies

psychiatriques associées, en aidant le patient à reconstruire son rapport au corps et à son poids. [34]

En cas de vulnérabilité sociale, le travailleur social joue un rôle clé pour lever les freins liés à l'environnement économique, professionnel ou familial. [34]

Enfin, l'ergothérapeute et le psychomotricien peuvent proposer des adaptations pratiques afin de faciliter la vie quotidienne lorsque l'obésité entraîne un retentissement fonctionnel. [34]

Parallèlement, le pharmacien d'officine, de par sa proximité et son implication dans la dispensation des traitements, joue un rôle complémentaire. Certains pharmaciens, formés en nutrition ou diététique (par exemple via un Diplôme Universitaire), apportent une expertise précieuse : conseils alimentaires ciblés, soutien dans l'éducation thérapeutique et renforcement de l'observance. Ils assurent ainsi une continuité de suivi, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, et contribuent à réduire les risques de mésusage ou d'abandon thérapeutique.

3. Orientation vers des Structures Spécialisées

Dans les situations d'obésité complexe ($\text{IMC} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ ou cumul de facteurs associés) ou très complexe (obésité massive $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$, ou aggravation d'une maladie chronique avec risque majeur), une orientation vers un médecin spécialiste de l'obésité ou une structure spécialisée (Centre Spécialisé de l'Obésité - CSO) est nécessaire pour une expertise plus approfondie et un plateau technique adapté [34].

4. Stratégies Thérapeutiques

Le traitement de l'obésité repose sur plusieurs piliers :

- **Les modifications des habitudes de vie** : elles constituent le pilier fondamental du traitement. Elles comprennent l'amélioration des habitudes alimentaires (rééquilibrage, lutte contre les régimes restrictifs) et l'augmentation de l'activité physique [34].
- **L'éducation thérapeutique du patient (ETP)** : proposée dès le diagnostic, l'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires

pour gérer leur maladie chronique, en favorisant leur autonomie et leur adhésion aux traitements. Elle repose sur un travail collégial entre différents professionnels de santé [34].

- **Traitements pharmacologiques** : les options médicamenteuses représentent un complément important lorsque les seules modifications du mode de vie ne permettent pas d'obtenir une perte de poids suffisante et durable. En France, plusieurs molécules disposent d'une autorisation de mise sur le marché pour l'obésité : l'orlistat (Xenical® ou Alli®), inhibiteur des lipases intestinales, ainsi que les analogues du GLP-1, tels que le liraglutide (Saxenda®), le sémaglutide (Wegovy®) et plus récemment le tirzépate (Mounjaro®). Leur efficacité sur la perte de poids et la diminution des comorbidités métaboliques a été confirmée par plusieurs essais cliniques. Toutefois, ces traitements ne peuvent être prescrits qu'à des patients répondant à des critères précis, et doivent toujours s'accompagner d'un suivi nutritionnel, psychologique et comportemental. Leur utilisation nécessite un accompagnement rapproché afin de favoriser l'observance, d'optimiser le bon usage et de limiter les risques d'effets indésirables. Depuis le 23 juin 2025, l'ANSM a élargi les conditions de prescription : l'initiation et le renouvellement de ces traitements peuvent désormais être assumés par tout médecin, dans le respect des indications de l'AMM, alors qu'auparavant seuls les spécialistes (endocrinologues, diabétologues ou médecins compétents en nutrition) étaient autorisés à les prescrire initialement. [36]

Tous ces traitements prometteurs ne peuvent venir seuls à bout de cette épidémie d'obésité. Etablir une politique de prévention de l'obésité est également nécessaire pour bloquer cette croissance importante de nouveaux patients obèses pour les années à venir.



8. Prévention et dépistage selon la HAS

1. Les recommandations

Le « guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte » de la HAS préconise une **prévention continue tout au long de la vie**, avec les axes suivants :

- **Dépistage précoce** dès la courbe de poids ascendante, en médecine générale, scolaire ou du travail. [34]
- **Évaluation multidimensionnelle systématique** : prise en compte du contexte de vie, du ressenti corporel, des habitudes alimentaires, de la santé mentale. [34]
- **Prévention de la stigmatisation**, élément reconnu comme aggravant (éviter des soins, isolement, dépression). [34]
- **Intervention éducative et comportementale**, avec proposition de parcours personnalisé. [34]

2. Les enjeux de santé publique et de politique de santé

L'obésité est aujourd'hui considérée comme une maladie chronique aux causes multiples et représente un véritable problème de santé publique, y compris en France où sa prévalence a doublé en 25 ans [16]. Cette "épidémie" touche des sujets de plus en plus jeunes. Face à cette situation, l'obésité est devenue une **priorité nationale**.

L'obésité a été intégrée dans le cadre de la "Stratégie de transformation du système de santé (STSS) – Ma santé 2022" et en cohérence avec la "feuille de route ministérielle sur l'obésité pilotée par la DGOS, la DGS, la CNAM (2019-2022)".

Le *Guide du parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte* de la HAS (mis à jour en février 2024) est un document clé pour ces stratégies. Les objectifs principaux sont de :

- **Créer une filière « obésité » lisible et accessible sur tout le territoire** : il s'agit d'améliorer l'orientation et de graduer les soins en fonction de l'évolution de la



situation, en mobilisant un travail pluriprofessionnel et coordonné avec des structures comme les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO). [34]

- **Promouvoir la prévention dès le plus jeune âge** : la prévention du surpoids et de l'obésité est "essentielle" dès l'enfance pour éviter les complications. [34]
- **Réduire les inégalités sociales et territoriales de prise en charge** : le système de santé doit prendre en compte les "situations sociales dans la prise en charge et son suivi, en raison du net gradient social de l'obésité". [34]
- **Former les professionnels à une approche bienveillante et non stigmatisante** : la formation et une réflexion éthique sont nécessaires pour que les soignants adoptent une "posture éducative et une écoute empathique". [34]

II. Prise en charge thérapeutique de l'obésité

1. Approches non médicamenteuses

- **Activité physique, alimentation, suivi psychologique**

La prise en charge de l'obésité repose en premier lieu sur une prise en charge non médicamenteuse qui vise à induire une perte de poids progressive, durable et cliniquement significative (5 à 10 % du poids initial associée à une amélioration des comorbidités métaboliques et cardiovasculaires ainsi que de la qualité de vie) [3,10,34].

- **Activité physique**

L'augmentation de l'activité physique contribue à accroître la dépense énergétique, à préserver la masse musculaire, à améliorer la sensibilité à l'insuline et à réduire le risque cardiovasculaire. Les recommandations françaises et internationales préconisent au moins 150 minutes d'activité d'intensité modérée par semaine, complétées d'exercices de renforcement musculaire, avec une adaptation au profil individuel [2,17,34].



- **Alimentation**

La prise en charge nutritionnelle vise à instaurer un déficit énergétique modéré, de l'ordre de -500 à -600 kcal/jour, dans le cadre d'une alimentation équilibrée et variée. L'accent est mis sur l'augmentation des apports en fibres, la limitation des sucres simples et des graisses saturées, et la mise en place d'habitudes alimentaires durables, en cohérence avec les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) [3,10,17].

- **Suivi psychologique et intervention comportementale**

Le soutien psychologique est essentiel pour accompagner le changement de comportements, traiter d'éventuels troubles du comportement alimentaire et prévenir les rechutes. Les approches validées incluent notamment les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et l'entretien motivationnel. Ces interventions s'inscrivent dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), recommandée par la HAS et l'OMS comme élément clé de la prise en charge des maladies chroniques [6,7,34].

Cette prise en charge non pharmacologique constitue le pilier principal de la prise en charge de l'obésité. Toutefois, elles peuvent s'avérer insuffisantes chez certains patients, ce qui justifie le recours, dans un second temps, à des traitements pharmacologiques [4,35].

2. Traitements médicamenteux

➤ Traitements médicamenteux disponibles en France

Comme énoncé précédemment, la prise en charge de l'obésité repose avant tout sur une stratégie multidimensionnelle, centrée systématiquement sur une approche non médicamenteuse. Cependant, chez certains patients (avec un IMC ≥ 30 kg/m² ou ≥ 27 kg/m² avec comorbidités), un traitement pharmacologique peut être proposé, en complément d'un suivi nutritionnel et psychologique. L'objectif est de favoriser la perte de poids, de prévenir les complications métaboliques et cardiovasculaires, et d'améliorer la qualité de vie globale. En 2025, quatre médicaments disposent d'une autorisation de

mise sur le marché (AMM) dans l'indication « obésité » en France : l'orlistat (Xenical®), le liraglutide (Saxenda®), le sémaglutide (Wegovy®) et le tirzépate (Mounjaro®). Chacun repose sur un mécanisme d'action distinct, avec des profils d'efficacité et de tolérance variables.

1. Orlistat (Xenical®)

L'orlistat (Xenical®) est le plus ancien médicament indiqué dans le traitement pharmacologique de l'obésité. Il se distingue des traitements plus récents par l'absence totale d'action centrale ou métabolique, ce qui signifie qu'il n'agit pas sur le système nerveux central pour influencer l'appétit. Son mécanisme d'action est strictement périphérique localisé à la lumière intestinale. [37]

Son mécanisme repose sur l'inhibition des enzymes digestives qui participent à l'absorption des graisses alimentaires. Cela entraîne une diminution de l'apport calorique, sans retentissement systémique. Cette approche reste limitée en pratique en raison de troubles digestifs fréquents et de son efficacité modeste.

L'Orlistat a obtenu son autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne le 29 juillet 1998 sous la dénomination commerciale Xenical® (dosage 120 mg), dans le cadre d'une procédure centralisée.

Une version en vente libre, sous le nom d'Alli® (dosage 60 mg), avait été autorisée par l'EMA en juillet 2007 et commercialisée en France à partir de mai 2009, sans prescription médicale. Toutefois, Alli® n'est plus disponible sur le marché français depuis plusieurs années. Ce retrait est lié à des préoccupations multiples : d'une part, la mauvaise observance du régime associé exposait les patients à une fréquence élevée d'effets digestifs indésirables mal tolérés ; d'autre part, des cas d'atteintes hépatiques ont été rapportés à l'échelle internationale, bien que sans lien de causalité formellement établi. Par mesure de précaution, et en raison d'un bénéfice clinique modeste, la distribution d'Alli® a été suspendue dans plusieurs pays, dont la France. [37]

- **Mécanisme d'action**

L'orlistat est un dérivé saturé de la lipstatine, un produit naturel isolé à partir de la bactérie *Streptomyces toxytricini*. Il s'agit d'une molécule lipophile qui agit localement dans le tractus gastro-intestinal en formant une liaison covalente avec le site actif de la sérine de la triacylglycérol lipase (lipase pancréatique et gastrique), inhibant ainsi de manière irréversible son activité enzymatique [37].

Les lipases pancréatiques jouent un rôle central dans la digestion des graisses : elles hydrolysent les triglycérides alimentaires en acides gras libres et en monoglycérides, qui constituent les formes directement absorbables par l'intestin. En bloquant cette étape, l'orlistat empêche la digestion d'environ 30 % des graisses alimentaires, qui sont alors directement éliminées dans les selles sous forme inchangée.

Sa très faible absorption systémique (<1 %) et sa spécificité pour les lipases digestives confèrent à l'orlistat un profil pharmacocinétique simple et une bonne sécurité d'emploi sur le plan systémique [37]. Toutefois, son efficacité dépend directement du contenu lipidique de l'alimentation, rendant indispensable une adaptation diététique.

- **Efficacité clinique**

L'efficacité de l'orlistat a été démontrée dans plusieurs essais cliniques de grande ampleur, notamment l'étude XENDOS (XENical in the prevention of Diabetes in Obese Subjects), qui a inclus plus de 3 300 patients obèses ou en surpoids suivis pendant quatre ans. Cette étude a mis en évidence une perte de poids significativement plus importante sous orlistat par rapport au placebo (-5,8 kg contre -3,0 kg à un an) [38]. Environ 35 % des patients ont atteint une perte d'au moins 5 % du poids corporel, et 16 % ont perdu ≥ 10 %, des résultats modestes mais statistiquement significatifs.

L'étude a également montré une réduction de l'incidence du diabète de type 2 de 37 % chez les patients présentant une intolérance au glucose au début de l'étude, comparativement au placebo [38]. En parallèle, l'orlistat a démontré une amélioration du profil lipidique, en particulier une baisse du LDL-cholestérol sans modification

significative des triglycérides, ainsi qu'une réduction modérée de la pression artérielle systolique et diastolique [10].

Toutefois, l'adhésion à long terme au traitement est souvent limitée en pratique par la survenue d'effets digestifs désagréables et par la nécessité d'une prise trois fois par jour, en lien avec les repas contenant des lipides.

- **Effets indésirables**

Le profil de tolérance de l'orlistat reflète directement son mécanisme d'action local. La présence de lipides non digérés dans le côlon entraîne un syndrome de malabsorption lipidique fonctionnelle, avec des manifestations cliniques fréquentes telles que stéatorrhée, flatulences huileuses, incontinence fécale, douleurs abdominales, selles urgentes ou fréquence accrue des défécations [37].

Ces effets indésirables sont d'autant plus marqués que l'alimentation est riche en graisses. La mise en place d'un régime hypolipidique est donc essentielle non seulement pour renforcer l'efficacité thérapeutique, mais également pour améliorer la tolérance. Une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K) a été observée lors de traitements prolongés, nécessitant parfois une supplémentation vitaminique, en particulier chez les sujets à risque de carence [37].

Des cas rares d'atteintes hépatiques sévères (cytolyse hépatique, ictère, hépatite fulminante) ont été rapportés, bien que la causalité avec la prise d'orlistat n'ait pas été formellement établie. Une surveillance clinique et biologique est recommandée en cas de symptômes évocateurs. [37,39]

Globalement, l'orlistat reste une option valable pour les patients présentant une contre-indication ou une intolérance aux agonistes du GLP-1, ou pour ceux refusant les traitements injectables. Toutefois, son bénéfice thérapeutique modéré, couplé à une tolérance digestive limitante, explique sa recommandation en deuxième intention dans les stratégies actuelles de prise en charge de l'obésité.



2. Liraglutide (Saxenda®)

Le liraglutide, commercialisé sous le nom de Saxenda® dans l'indication de l'obésité, est un analogue du GLP-1 (glucagon-like peptide-1), une hormone incrétine endogène produite par les cellules L de l'intestin grêle en réponse à la prise alimentaire. Initialement développé comme traitement antidiabétique (sous le nom Victoza®), le liraglutide a été repositionné à des doses plus élevées (3 mg/jour) pour la prise en charge de l'obésité, à la suite de l'observation d'une perte de poids significative chez les patients diabétiques traités. Son autorisation de mise sur le marché pour cette nouvelle indication a été accordée par l'EMA en 2015 [40].

- **Mécanisme d'action**

Le liraglutide est une molécule recombinante dérivée du GLP-1 humain natif (97 % d'homologie avec le GLP-1 endogène), modifiée par la substitution d'un acide aminé (lysine en position 34 remplacée par une arginine) et par l'ajout d'un acide gras (acide palmitique) sur une lysine en position 26. Les modifications structurales du liraglutide favorisent sa liaison à l'albumine plasmatique. Cela retarde sa dégradation par la dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) et prolonge sa demi-vie, qui atteint environ 13 heures. Cette propriété permet ainsi une seule injection quotidienne. [40].

Au niveau central, le liraglutide traverse la barrière hémato-encéphalique et agit sur les noyaux hypothalamiques, en particulier sur le noyau arqué. Il stimule les neurones POMC/CART, promoteurs de la satiété, tout en inhibant les neurones NPY/AgRP, qui sont impliqués dans la stimulation de la faim. Ces interactions aboutissent à une réduction de l'appétit et de l'apport calorique volontaire [40].

Au niveau gastrique, le liraglutide ralentit la vidange gastrique en diminuant la motilité de l'estomac, ce qui prolonge la sensation de satiété postprandiale et réduit la fréquence des prises alimentaires [40].



Sur le plan pancréatique, le liraglutide stimule la sécrétion d'insuline de manière glucose-dépendante et inhibe la sécrétion de glucagon, sans induire d'hypoglycémie en monothérapie. Cette action est particulièrement intéressante chez les patients obèses présentant des anomalies de la régulation glycémique, même en l'absence de diabète [40].

- **Efficacité clinique**

L'efficacité du liraglutide dans le traitement de l'obésité a été démontrée par l'étude SCALE Obesity and Prediabetes, un essai multicentrique randomisé contrôlé mené sur 3731 patients obèses non diabétiques [41]. Les participants ont été répartis pour recevoir soit 3 mg/jour de liraglutide, soit un placebo, en complément d'un programme de restriction calorique et d'activité physique. Après 56 semaines, les patients sous liraglutide ont présenté une perte de poids moyenne de 8,0 %, contre 2,6 % dans le groupe placebo ($p < 0,001$). En outre, 63 % des patients sous liraglutide ont atteint une perte de poids ≥ 5 %, et 33 % ≥ 10 %, contre respectivement 27 % et 10 % sous placebo.

Les effets bénéfiques du liraglutide ne se limitent pas à la perte de poids. L'étude a mis en évidence une amélioration des paramètres métaboliques, notamment une réduction de la glycémie à jeun, une amélioration du profil lipidique (diminution du LDL-cholestérol et des triglycérides), et une baisse modérée de la pression artérielle systolique [6]. L'effet du traitement sur la prévention du diabète a été particulièrement marqué chez les patients prédiabétiques, dont l'incidence de conversion en diabète de type 2 a été réduite de 79 % après trois ans de traitement [41].

Par ailleurs, l'étude LEADER, bien que menée dans un contexte diabétique de type 2 à haut risque cardiovasculaire (dose de 1,8 mg/j), a montré que le liraglutide réduisait de manière significative le risque d'événements cardiovasculaires majeurs (MACE), renforçant son intérêt thérapeutique global [41].



- **Effets indésirables**

Les effets indésirables du liraglutide sont généralement d'origine gastro-intestinale et surviennent principalement au début du traitement. Les plus fréquents sont les nausées (jusqu'à 40 %), les vomissements, la diarrhée ou la constipation, ces effets tendant à diminuer avec le temps ou après une titration lente [40].

Des cas rares de pancréatite aiguë ont été rapportés, nécessitant un arrêt immédiat du traitement en cas de douleurs abdominales persistantes. Le risque de lithiase biliaire semble également accru, probablement en lien avec la perte de poids rapide induite par le traitement [40].

Chez l'animal, une augmentation de l'incidence de tumeurs des cellules C thyroïdiennes a été observée, bien que ce risque ne soit pas confirmé chez l'humain. Par mesure de précaution, le liraglutide est contre-indiqué chez les patients présentant un cancer médullaire thyroïdien ou un syndrome NEM 2. [40]

Enfin, une légère augmentation de la fréquence cardiaque au repos a été constatée, sans incidence clinique démontrée à ce jour.

3. Sémaglutide (Wegovy®)

Le sémaglutide (Wegovy®) est un analogue du GLP-1 de deuxième génération, issu de la recherche sur les incrétinomimétiques longue durée. Développé à partir du GLP-1 humain (94 % d'homologie avec le GLP-1 endogène), il a été modifié pour augmenter sa demi-vie et son efficacité clinique.

Contrairement au liraglutide, qui s'administre chaque jour, le sémaglutide ne requiert qu'une injection hebdomadaire, améliorant potentiellement l'observance thérapeutique chez les patients.



Le développement du sémaglutide s'est inscrit dans la continuité des travaux menés sur le liraglutide, dont les résultats cliniques ont permis d'établir la pertinence des analogues du GLP-1 dans la prise en charge de l'obésité. Ces observations ont servi de fondement aux recherches visant à améliorer la puissance, la durée d'action et la tolérance des molécules incrétinomimétiques. L'optimisation pharmacocinétique du sémaglutide a ainsi permis d'obtenir des effets métaboliques plus soutenus et une perte pondérale significativement supérieure, tout en conservant le profil d'action central et périphérique caractéristique de la classe.

Le Wegovy® a reçu son autorisation de mise sur le marché (AMM) européenne en janvier 2022, suivie d'une AMM en France en octobre 2024 [43]. Il est aujourd'hui réservé à la prise en charge de l'obésité ou du surpoids avec comorbidité chez l'adulte, dans un cadre thérapeutique combinant changement du mode de vie et suivi médical.

- **Mécanisme d'action**

Le sémaglutide est une molécule recombinante obtenue par substitution d'un acide aminé en position 8 (acide α -aminobutyrique) et par l'ajout d'une chaîne d'acide gras C18 fixée sur une lysine en position 26 via un espaceur hydrophile. Cette structure confère à la molécule une forte affinité pour l'albumine plasmatique et une résistance accrue à la dégradation enzymatique par la DPP-4 (dipeptidyl peptidase-4), prolongeant sa demi-vie à environ 7 jours [43]. Cette demi-vie permet une injection sous-cutanée hebdomadaire.

Comme les autres agonistes du GLP-1, le sémaglutide agit sur plusieurs axes de la régulation pondérale :

- **Au niveau hypothalamique**, il stimule les neurones POMC/CART, responsables de la sensation de satiété, et inhibe les neurones NPY/AgRP, impliqués dans la stimulation de l'appétit.
- **Au niveau digestif**, il ralentit la vidange gastrique, prolongeant la sensation de satiété postprandiale. Cela explique la limitation de la prise alimentaire et la perte de poids qui en résulte.

- **Au niveau pancréatique**, il stimule la sécrétion d'insuline de manière glucose-dépendante. Cela signifie que l'insuline est libérée uniquement lorsque les niveaux de sucre dans le corps sont élevés, évitant ainsi les accidents hypoglycémiques. Il inhibe la sécrétion de glucagon, contribuant à une amélioration du contrôle glycémique.

- **Efficacité clinique**

L'efficacité du sémaglutide dans la prise en charge de l'obésité a été rigoureusement évaluée à travers le programme clinique STEP (*Semaglutide Treatment Effect in People with obesity*), composé de plusieurs essais randomisés contrôlés multicentriques de phase III.

L'étude STEP 1 a inclus 1 961 adultes obèses ou en surpoids présentant au moins une comorbidité. Elle a évalué, sur une durée de 68 semaines, l'efficacité du sémaglutide 2,4 mg administré chaque semaine, associé à un régime hypocalorique et à une augmentation de l'activité physique. Les résultats indiquent une perte pondérale moyenne de 14,9 % du poids initial dans le groupe traité par sémaglutide, contre seulement 2,4 % dans le groupe placebo ($p < 0,001$) [44]. De plus, 86,4 % des patients sous sémaglutide ont perdu au moins 5 % de leur poids, 69 % au moins 10 %, et 50,5 % au moins 15 %.

Les études STEP 2 (chez des patients diabétiques de type 2), STEP 3 (avec un encadrement comportemental intensif), et STEP 4 (avec interruption du traitement en cours d'étude) ont confirmé l'efficacité du sémaglutide sur la perte de poids. Notamment, STEP 2 a montré une efficacité significative chez les patients diabétiques [45], STEP 3 a confirmé le bénéfice lorsqu'il est associé à une prise en charge comportementale intensive [5], et STEP 4 a mis en évidence une reprise pondérale significative après l'arrêt du traitement, soulignant l'intérêt d'un traitement chronique [46].



L'étude STEP 5, sur 104 semaines, a confirmé la durabilité des effets, avec une perte moyenne de 15,2 % maintenue à 2 ans [47].

Au-delà de la perte pondérale, le sémaglutide améliore significativement plusieurs paramètres cardiométaboliques :

- Réduction de la pression artérielle systolique et du tour de taille,
- Amélioration du profil lipidique (baisse des triglycérides, du LDL-cholestérol),
- Amélioration de la sensibilité à l'insuline et réduction de l'HbA1c, même chez les patients non diabétiques,
- Amélioration de la qualité de vie rapportée par les patients, mesurée via des questionnaires validés comme le IWQOL-Lite (*Impact of Weight on Quality of Life-Lite*) [44,47].

- **Effets indésirables**

Les effets indésirables associés au sémaglutide sont globalement similaires à ceux observés avec les autres agonistes du GLP-1, mais leur fréquence et intensité peuvent être supérieures, en raison de l'efficacité accrue et de la puissance pharmacologique de la molécule.

Les effets indésirables digestifs sont les plus fréquemment observés, en particulier en début de traitement. Les nausées concernent environ 44 % des patients ; elles sont le plus souvent transitoires, d'intensité légère à modérée, et tendent à s'atténuer avec le temps ou lors d'une titration plus progressive.

Les vomissements, rapportés dans près d'un quart des cas (24 % dans les essais STEP), figurent également parmi les effets décrits.

D'autres troubles digestifs tels que diarrhée, constipation, dyspepsie ou douleurs abdominales sont signalés avec une fréquence non négligeable [44,45].

Ces symptômes sont liés à l'action du sémaglutide sur le ralentissement de la vidange gastrique et sur la modulation des signaux de satiété au niveau central. Ils peuvent impacter temporairement la qualité de vie, mais sont généralement bien tolérés avec un schéma de titration progressif.

Des cas rares mais graves de pancréatite aiguë ont été observés. Bien qu'une relation de causalité directe ne soit pas confirmée, les patients doivent être informés de ce risque, et toute douleur abdominale persistante ou sévère doit amener à une évaluation médicale immédiate [43].

Le traitement par sémaglutide peut également induire une lithiase biliaire, conséquence indirecte de la perte de poids rapide. Ce risque est commun à plusieurs traitements amaigrissants, quelle que soit leur classe pharmacologique [43].

Par ailleurs, comme observé avec d'autres agonistes du GLP-1, une élévation modérée de la fréquence cardiaque a été rapportée. Son importance clinique reste incertaine, mais une surveillance est conseillée chez les patients à risque cardiovasculaire élevé.

Enfin, des données issues d'études animales ont mis en évidence une association avec des tumeurs des cellules C de la thyroïde, notamment des carcinomes médullaires, chez les rongeurs. Bien que cette donnée ne soit pas confirmée chez l'humain, le sémaglutide est contre-indiqué chez les patients présentant une histoire personnelle ou familiale de cancer médullaire de la thyroïde ou de néoplasie endocrinienne multiple de type 2 (MEN 2) [43].

4. Tirzépatide (Mounjaro®)

Le tirzépatide (Mounjaro®) est une molécule innovante appartenant à une nouvelle classe thérapeutique d'agonistes duaux des incrétilines. Il s'agit du premier médicament à activer à la fois les récepteurs du GIP (glucose-dependent insulino-tropic polypeptide) et du GLP-1 (glucagon-like peptide-1), deux hormones intestinales clés dans la régulation du métabolisme glucidique et énergétique. Initialement développé comme traitement du

diabète de type 2, le tirzépatide a rapidement attiré l'attention pour ses effets spectaculaires sur la perte de poids, dépassant ceux observés avec les agonistes du GLP-1 seuls [48].

Le tirzépatide (Mounjaro®) a obtenu une **AMM européenne le 15 septembre 2022** pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé, avec une extension spécifique à l'obésité validée en **décembre 2023** pour la France [48].

- **Mécanisme d'action**

Le tirzépatide est une molécule peptidique synthétique composée de 39 acides aminés, dérivée du GIP humain, mais modifiée pour activer également les récepteurs du GLP-1. Il est conjugué à un acide gras via un espaceur pour favoriser la liaison à l'albumine et allonger sa demi-vie plasmatique (environ 5 jours), ce qui permet une administration hebdomadaire par voie sous-cutanée [48].

Le mécanisme d'action de cette molécule repose sur une double stimulation des récepteurs GIP et GLP-1.

L'activation du récepteur GIP améliore la sécrétion d'insuline de manière glucose-dépendante, accroît la sensibilité périphérique à l'insuline et pourrait également intervenir dans la régulation centrale de l'appétit et des circuits de récompense [48].

L'activation du récepteur GLP-1, quant à elle, agit sur plusieurs plans : diminution de l'appétit par voie hypothalamique (neurones POMC/CART), ralentissement de la vidange gastrique, inhibition de la sécrétion de glucagon et renforcement de la satiété

L'association de ces deux mécanismes permet une réduction plus importante de l'apport calorique, un meilleur contrôle glycémique, et une amélioration de la sensibilité à l'insuline, par rapport aux agonistes du GLP-1 seuls [48].

- **Efficacité clinique**

L'efficacité du tirzépate dans le traitement de l'obésité a été étudiée dans le cadre du programme SURMOUNT, une série d'essais de phase III.

L'essai pivot SURMOUNT-1, publié en 2022 dans le *New England Journal of Medicine*, a inclus 2 539 adultes obèses ou en surpoids avec au moins une comorbidité (hors diabète). Après 72 semaines de traitement :

- Les patients ayant reçu tirzépate 15 mg ont perdu en moyenne 20,9 % de leur poids corporel initial, contre 3,1 % dans le groupe placebo ($p < 0,0001$).
- 57 % des patients ont atteint une perte ≥ 20 %, et 36 % ≥ 25 %, des résultats jamais observés auparavant dans cette population [49].

L'étude a également mis en évidence des améliorations métaboliques significatives :

- Réduction de la glycémie à jeun et de l'HbA1c ;
- Amélioration du profil lipidique (réduction des triglycérides, augmentation du HDL-cholestérol) ;
- Baisse de la pression artérielle systolique et diastolique ;
- Réduction du tour de taille et amélioration de la qualité de vie (IWQOL-Lite).

Des résultats similaires ont été confirmés chez les patients diabétiques dans le programme SURPASS, avec des pertes pondérales significatives et un excellent contrôle glycémique [50].

- **Effets indésirables**

Comme pour les autres incrélinomimétiques, les effets indésirables du tirzépate sont principalement digestifs, survenant surtout en début de traitement :

- Nausées : entre 18 % et 33 % selon la dose utilisée [49] ;
- Diarrhées, vomissements, constipation, sensation de plénitude, éructations.



Ces effets sont dose-dépendants et peuvent être réduits par un schéma de titration progressif sur 4 à 8 semaines.

Des cas isolés de pancréatite aiguë ont été signalés, justifiant une vigilance chez les patients ayant des antécédents. Une augmentation du risque de lithiase biliaire est également suspectée, en lien avec la perte de poids rapide [49].

Une élévation modérée de la fréquence cardiaque au repos a été observée dans les études, sans conséquence clinique à ce jour, mais une surveillance est recommandée chez les patients atteints de pathologie cardiovasculaire [49].

Enfin, comme pour les autres GLP-1-RAs, les études chez le rongeur ont montré une augmentation des tumeurs des cellules C thyroïdiennes, bien qu'aucun lien n'ait été établi chez l'humain. Le tirzépate est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancer médullaire thyroïdien ou de syndrome MEN 2 [49].

➤ Molécules en phase de recherche

D'autres molécules doubles et triples agonistes faisant partie des incrétino-mimétiques sont actuellement en cours de développement mais ne possèdent aucune AMM à ce jour:

- Rétatrutide (triple agoniste GIP, GLP 1 et glucagon) est en développement (essai de phase 2).
- Survodutide (co agoniste GLP 1 et glucagon) est en phase 3 (programme SYNCHRONIZE).
- Mazdutide (co agoniste GLP 1 et glucagon) fait partie du programme GLORY [3].
- AMG 133 / MariTide (molécule bi spécifique antagoniste du récepteur GIP + agoniste du GLP 1, conjuguée anticorps-peptide) est en phase 2 (programme MARITIME).

Ces molécules ont engendré des pertes de poids importantes dans les essais cliniques (16,9 % du poids initial pour le rétatrutide, 18,7 % pour le survodutide, 7,1 % pour le mazdutide, et 14,5 % pour l'AMG 133) [52].



• **Tableau comparatif des traitements médicamenteux contre l'obésité :**

Médicament	Classe thérapeutique	Mode et fréquence d'administration	Mécanisme d'action	Perte de poids moyenne	Effets indésirables principaux (fréquence approximative)	Particularités
Liraglutide (Saxenda®)	Agoniste GLP-1	Injection SC 1x/jour	Stimule la satiété, inhibe la faim, ralentit la vidange gastrique, stimule l'insuline	≈ 8 % à 56 semaines	Nausées (≈40 %), diarrhées, vomissements	Premier GLP-1 à visée anti-obésité ; effet cardiovasculaire démontré (LEADER)
Sémaglutide (Wegovy®)	Agoniste GLP-1 (à longue durée d'action)	Injection SC 1x/semaine	Similaire au liraglutide mais avec demi-vie prolongée (7 jours), action prolongée sur récepteurs GLP-1	≈ 15 % à 68 semaines	Nausées (≈44 %), diarrhées (≈30 %), vomissements (≈24 %)	Efficacité supérieure au liraglutide ; structure modifiée pour demi-vie longue
Tirzépatide (Mounjaro®)	Agoniste dual GIP/GLP-1	Injection SC 1x/semaine	Active à la fois les récepteurs GIP et GLP-1, améliore la satiété, réduit l'appétit, augmente la sensibilité à l'insuline	≈ 21 % à 72 semaines (15 mg)	Nausées (18–33 %), diarrhées, constipation	Plus grande perte de poids observée à ce jour ; mécanisme dual
Orlistat (Xenical®)	Inhibiteur de la lipase pancréatique	Voie orale 3x/jour avec les repas	Inhibe les lipases gastriques et pancréatiques, empêche la digestion des graisses (≈30 %), effet local	≈ 5 à 10 % (selon durée)	Flatulences, stéatorrhée, incontinence (30–40 %)	Effet local, non absorbé ; supplémentation vitaminique parfois nécessaire

➤ **Dérives, mésusages et encadrement réglementaire :**

Historiquement, la recherche d'un traitement efficace et sûr pour l'obésité a été marquée par de nombreuses impasses, souvent ponctuées par l'utilisation de substances dont le profil de sécurité s'est avéré inacceptable. Avant l'arrivée des analogues du GLP-1, plusieurs traitements ont été détournés de leur usage initial ou utilisés hors du cadre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM), dans le but de provoquer une perte de poids. Certains ont été retirés pour des raisons de toxicité grave, d'autres continuent d'être utilisés illégalement ou dans des conditions non encadrées [10,35].

- **Usage hors AMM et prescriptions à risque**

En France, la prescription hors AMM est possible sous la responsabilité du médecin, dans l'intérêt du patient, mais elle expose à des risques médicaux et juridiques, notamment lorsque l'efficacité pour l'indication détournée n'est pas démontrée. Des médicaments antidiabétiques tels que la metformine ou le liraglutide sont parfois prescrits hors AMM pour la perte de poids dans le cadre de certaines pathologies comme le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) [10].

L'histoire récente du médicament benfluorex, commercialisé sous le nom de Médiator®, illustre tragiquement les dérives liées à l'usage hors AMM de certains traitements dans la prise en charge de l'obésité. Initialement indiqué comme adjuvant dans les hypertriglycéridémies et chez les diabétiques en surpoids, il a été prescrit de manière détournée pour favoriser la perte de poids comme coupe-faim. Son utilisation prolongée a été associée à de graves complications cardiaques, notamment des valvulopathies et une hypertension artérielle pulmonaire, entraînant plusieurs centaines de décès. Ce scandale sanitaire majeur a conduit à son retrait en 2009 ainsi qu'à un vaste procès pénal et à l'adoption de la loi Bertrand en 2011, qui a profondément réformé le système français de sécurité du médicament, notamment en renforçant la transparence et la pharmacovigilance [53].

- **Substances interdites ou retirées du marché**

Plusieurs anorexigènes ont été commercialisés dans les années 2000 mais retirés du marché pour raisons de sécurité. La sibutramine (*Reductil®*), agoniste SNRI anorexigène, a fait l'objet d'une suspension en 2010 dans l'Union européenne suite aux résultats du large essai SCOUT montrant un risque accru d'événements cardiovasculaires [35]. De même, le rimonabant (*Acomplia®*), antagoniste des récepteurs CB1, a été retiré en 2008 en raison d'effets psychiatriques graves tels que dépression et idées suicidaires [35].

Encore avant, des anorexigènes amphétaminiques ont été interdits progressivement en France à partir des années 1990–2000 en raison de toxicité cardiovasculaire ou hépatique [35].

- **Phytothérapie et produits amaigrissants : efficacité limitée, risques et encadrement réglementaire**

En parallèle des médicaments à visée amaigrissante, l'attrait pour les produits dits "naturels" reste important. De nombreuses plantes sont commercialisées comme compléments alimentaires, sous forme de gélules, poudres ou tisanes, avec des allégations de coupe-faim, de stimulation du métabolisme ou d'effet drainant. Toutefois, les preuves scientifiques de leur efficacité sont limitées et certains produits exposent à des risques non négligeables.

Les fibres de konjac (glucomannane) sont les seules pour lesquelles l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a accordé une allégation santé. Cette dernière indique qu'elles "contribuent à la perte de poids dans le cadre d'un régime hypocalorique", à condition d'être consommées à raison de 3 g par jour répartis en trois prises [54]. L'effet est modeste et souvent associé à des troubles digestifs bénins (ballonnements, diarrhées).



D'autres plantes riches en caféine, comme le thé vert (*Camellia sinensis*), le café vert, le maté ou le guarana, sont promues comme "brûleurs de graisses". Les données cliniques suggèrent au mieux une perte pondérale faible. Des signalements d'atteintes hépatiques liées à des extraits concentrés de thé vert ont conduit l'EFSA à recommander la prudence au-delà de 800 mg/j d'EGCG [55].

Les plantes diurétiques (orthosiphon, reine des prés) n'agissent que sur la balance hydrique, sans effet documenté sur la masse grasse. Leur usage expose à des désordres hydro-électrolytiques, en particulier chez les patients polymédiqués ou insuffisants rénaux [56].

Afin de prévenir les mésusages, l'arrêté du 23 juillet 2012 a interdit l'incorporation dans les préparations magistrales de plusieurs substances à visée amaigrissante, incluant non seulement des médicaments (hormones thyroïdiennes, anorexigènes centraux), mais aussi certaines plantes comme *Citrus aurantium ssp. aurantium*, *Garcinia cambogia* et *Hoodia gordonii* [57]. Plus récemment, l'ANSES a recommandé la suspension de la mise sur le marché des compléments contenant *Garcinia cambogia* en raison de signalements d'atteintes hépatiques [58].

Il existe toutefois un paradoxe : certaines plantes interdites en préparations magistrales restent pourtant accessibles sous forme de compléments alimentaires. Cette différence s'explique par leur statut juridique : les préparations magistrales, soumises au monopole pharmaceutique, sont strictement réglementées, alors que les compléments alimentaires relèvent de la législation alimentaire, moins exigeante en matière de preuves d'efficacité et de sécurité [57]. Ces différences créent une forme de législation "à deux vitesses". D'un côté, le pharmacien préparateur ne peut pas incorporer certaines substances, même à faibles doses ; de l'autre, le consommateur peut se procurer librement ces mêmes substances en compléments alimentaires, souvent via Internet, sans contrôle effectif sur la qualité, le dosage ou les interactions. Cette situation limite le rôle de conseil du pharmacien et expose les patients à un risque de mésusage (cumul de plusieurs produits, absence de respect des contre-indications, automédication

prolongée). Une harmonisation réglementaire entre le secteur pharmaceutique et celui des compléments alimentaires apparaît nécessaire [59].

Au-delà des aspects réglementaires, les produits amaigrissants sont largement diffusés via des publicités grand public, souvent présentées comme des “solutions miracles”. Plusieurs affaires (notamment autour de programmes tels que Comme j’aime®) ont conduit à des sanctions pour pratiques commerciales trompeuses.

Les autorités sanitaires insistent sur l’importance d’un discours de prudence et de pédagogie : aucune méthode n’est miraculeuse, l’efficacité des produits est marginale, et seule une prise en charge globale (nutritionnelle, comportementale, médicale et parfois chirurgicale) est validée [60].

- **Détournement de produits non autorisés ou dopants**

Des produits non destinés à un usage humain sont parfois utilisés illicitement pour induire une réduction rapide du poids. C’est notamment le cas du clenbutérol, bronchodilatateur vétérinaire à effets lipolytiques, consommé principalement via Internet auprès de bodybuilders. Des intoxications graves (tachycardie, infarctus, lésions myocardiques) ont été rapportées, y compris chez des utilisateurs apparemment sains [61].

Des produits dopants ou des diurétiques sont également consommés à mauvais escient pour provoquer une perte de poids rapide. Par exemple, le furosémide (Lasilix®), diurétique puissant, est parfois utilisé par des sportifs ou des personnes souhaitant une perte de poids liée à la fluidité corporelle, exposant à des déséquilibres électrolytiques majeurs, voire à un œdème aigu ou à une insuffisance rénale [61].

En parallèle, l’usage détourné de laxatifs est fréquent chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie). Ce mésusage comprend l’usage de laxatifs stimulants (bisacodyl, séné, cascara) ou osmotiques (lactulose, PEG, sels de magnésium) à fortes doses, visant une perte hydrique plutôt qu’une perte de

masse grasse. Ainsi, une étude récente rapporte que **31,3 %** des adultes avec un trouble alimentaire utilisent des laxatifs [62].

Leur mésusage peut provoquer des complications graves : déshydratation, hypokaliémie, hyponatrémie, déséquilibres acido-basiques, insuffisance rénale aiguë, complications cardiaques, voire dommages permanents au côlon (cathartic colon) [61].

Ces pratiques, souvent cachées, imposent une vigilance accrue de la part des soignants, particulièrement lors du suivi de jeunes patients. Elles soulignent l'importance du dépistage des conduites à risque, ainsi que d'un accompagnement psychologique spécialisé et pluridisciplinaire pour prévenir les complications et favoriser la guérison [61].

- **Encadrement réglementaire récent : le cas des analogues du GLP-1**

Plus récemment, en raison de l'engouement croissant pour les analogues du GLP-1 (aGLP-1), utilisés à des fins amaigrissantes chez des patients non diabétiques, l'Assurance Maladie a émis un avertissement concernant leur mésusage. Le ^{1er} février 2025, un dispositif d'encadrement renforcé est entré en vigueur pour quatre aGLP-1 indiqués dans le diabète de type 2 (sémaglutide [Ozempic®], dulaglutide [Trulicity®], liraglutide [Victoza®], exénatide [Byetta®]) [63].

Ce dispositif prévoit que toute prescription initiale d'un aGLP-1 s'accompagne d'un formulaire justificatif, signé par le médecin, confirmant la conformité avec l'AMM et les indications ouvrant droit au remboursement. Une copie de ce document est remise au patient, qui doit la présenter au pharmacien lors de la délivrance du traitement. Cette procédure s'applique également aux patients déjà sous traitement, pour lesquels le formulaire doit être établi rétroactivement. Cette mesure vise à limiter les usages hors AMM injustifiés, protéger les patients contre des effets indésirables non anticipés, mais également à préserver les stocks destinés aux patients diabétiques pour qui ces traitements sont indispensables [63].



Ce resserrement réglementaire a été conforté par une série de mesures prises par l'ANSM, à la suite des conclusions du Comité scientifique temporaire (CST) réuni le 12 septembre 2024, dédié à l'usage des aGLP-1 dans le traitement de l'obésité [64,65]. À l'issue de cette concertation, à laquelle ont participé des associations de patients, l'ANSM a décidé de restreindre les conditions de prescription et de délivrance de ces traitements dans l'indication obésité (notamment Wegovy® et Mounjaro®). Il est désormais fortement recommandé de respecter le parcours de soin validé par la Haute Autorité de santé (HAS), et de n'utiliser ces médicaments que dans les indications spécifiquement autorisées.

Ces mesures visent à prévenir les risques liés à un usage inapproprié ou opportuniste, à garantir la disponibilité des traitements pour les patients réellement concernés (en particulier les diabétiques), et à limiter l'impact iatrogène potentiel d'une surconsommation non encadrée [64,65].

- **Vers une prise en charge encadrée et personnalisée**

Comme évoqué précédemment, l'obésité est reconnue comme une maladie chronique, complexe et multifactorielle, nécessitant une prise en charge sur le long terme. Cette nature chronique implique que le traitement médicamenteux (notamment les incréтино-mimétiques) doit souvent être poursuivi sur une longue durée pour maintenir les résultats initiaux et éviter la reprise pondérale [65]. Ainsi, des études ont montré qu'à l'arrêt des agonistes des récepteurs du GLP-1, une reprise de poids n'est pas rare, ce qui indique clairement qu'un traitement prolongé est souvent nécessaire pour pérenniser l'effet obtenu [65].

L'accompagnement des patients dans la prise de leur traitement médicamenteux devient donc essentiel pour plusieurs raisons :

- **Pour améliorer l'adhésion et l'appropriation du traitement** : l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à rendre le patient plus autonome, à favoriser son adhésion aux traitements prescrits et à améliorer sa qualité de vie [67]. Les



traitements récents, bien qu'efficaces sur la perte de poids, modifient l'appétit et le métabolisme, nécessitant une adaptation des habitudes de vie [65].

- **Pour gérer les effets indésirables**, souvent digestifs (nausées, vomissements, diarrhées) — typiques notamment en phase d'initiation — comme avec le tirzépate ou le sémaglutide, chez lesquels des mécanismes pharmacologiques (ralentissement de la vidange gastrique, modifications des apports hydriques) peuvent engendrer des risques comme la déshydratation ou la perte d'électrolytes [65]. L'accompagnement aide le patient à **comprendre, éviter, détecter et gérer ces effets indésirables** pour ne pas nuire à son adhésion au traitement.
- **Pour amplifier la modification des habitudes de vie** : un régime alimentaire hypocalorique et une activité physique augmentée restent fondamentaux et doivent être soutenus sur la durée par l'écoute et le conseil [65].
- **Pour prendre en compte la dimension psychologique et sociale de la maladie**. Les personnes en situation d'obésité peuvent faire l'expérience de la **stigmatisation**, qui peut affecter l'estime de soi, l'intégration sociale et retarder la demande de soins. Une évaluation multidimensionnelle permet d'identifier les difficultés psychologiques (troubles de l'alimentation, anxiété, dépression) et sociales (vulnérabilité, difficultés professionnelles). Il est important que l'accompagnement propose aussi un soutien psychologique, car ces troubles peuvent freiner l'implication du patient dans son traitement.
- **Pour assurer un suivi coordonné et pluridisciplinaire** : médecin généraliste, pharmacien, diététicien, professionnel en activité physique thérapeutique, psychologue, professionnels sociaux peuvent tous contribuer à l'accompagnement du patient ; l'éducation thérapeutique est une démarche intégrée dans le parcours de soins (selon la loi HPST) et reconnue comme une condition de qualité [34,67].

L'accompagnement, via des programmes structurés d'éducation thérapeutique et un suivi coordonné par une équipe pluriprofessionnelle, est donc indispensable pour permettre aux patients de mieux vivre avec leur obésité, de s'approprier leur traitement médicamenteux, d'en gérer les contraintes, et d'optimiser les bénéfices à long terme.

Une action d'accompagnement comme "Obesi'care", combinant un suivi personnalisé par des infirmières, diététiciennes et psychologues tout en conservant un lien avec son médecin, s'inscrit naturellement dans cette logique holistique [34,67].



III. Action d'accompagnement des patients

1. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) : évolution et cadre législatif

Si la réglementation encadre désormais strictement l'usage des traitements contre l'obésité, leur efficacité à long terme repose également sur l'adhésion du patient et sur un accompagnement structuré. C'est précisément le rôle de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), inscrite dans le Code de la santé publique et renforcée par la loi HPST de 2009.

L'ETP est une approche structurée visant à aider les patients à mieux comprendre et gérer leur maladie chronique. Elle s'inscrit dans une démarche centrée sur le patient, avec pour objectif principal de favoriser son autonomie, d'améliorer son adhésion aux traitements et, in fine, sa qualité de vie [6]. L'idée de doter les patients de compétences pour devenir acteurs de leur propre santé ne date pas de la loi HPST, mais a connu une structuration progressive au fil des décennies.

Dès les années 1970, des initiatives d'éducation à destination des patients atteints de diabète ou d'asthme ont vu le jour, portées par des professionnels convaincus de l'importance d'impliquer les malades dans leur traitement. Dans les années 1990, l'Organisation mondiale de la santé reconnaît l'ETP comme une composante essentielle du parcours de soins [7]. En France, la Haute Autorité de Santé publie en 2007 un guide méthodologique pour le développement de l'ETP dans les maladies chroniques, marquant une volonté politique de structuration [6].

C'est en **2009**, avec la **loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)**, que l'ETP obtient un **cadre juridique clair et contraignant** [9]. Inscrite dans le Code de la santé publique (article L. 1161-1), elle est définie comme un ensemble d'activités organisées au sein du parcours de soins du patient. Cette loi introduit également une distinction importante entre différentes formes d'intervention, dont les **actions d'accompagnement**, aujourd'hui considérées comme une typologie à part entière dans le champ de l'ETP.



Outre les actions d'accompagnement, la loi HPST distingue deux autres modalités d'intervention :

- **Les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)** sont des dispositifs structurés, validés par les agences régionales de santé (ARS), comportant un diagnostic éducatif, des séances individuelles ou collectives, et une évaluation. Ils visent à permettre au patient d'acquérir ou de maintenir les compétences nécessaires à la gestion optimale de sa maladie [6]. Ces programmes sont pluridisciplinaires, souvent hospitaliers ou associatifs, et soumis à autorisation administrative.
- **Les programmes d'apprentissage**, quant à eux, sont centrés sur la maîtrise de gestes techniques ou l'utilisation de dispositifs médicaux. Ils s'adressent aux patients ayant besoin d'un accompagnement ciblé pour apprendre à manipuler un traitement (par exemple l'insuline, un inhalateur, une pompe, une sonde, etc.). Ces programmes, plus opérationnels, sont souvent intégrés dans les parcours de soins spécifiques ou dans les actes infirmiers [68].

En résumé, ces trois formes (les actions d'accompagnement, les programmes ETP, les programmes d'apprentissage) répondent à des besoins différents mais complémentaires, dans une logique de parcours personnalisé et de montée en compétence progressive du patient.

2. Les actions d'accompagnement : une modalité spécifique d'ETP

1. Cadre réglementaire et définition

La loi HPST distingue trois formes opérationnelles d'ETP :

- Les **actions d'accompagnement**,
- Les programmes d'éducation thérapeutique du patient,
- Les programmes d'apprentissage.



Les actions d'accompagnement sont des interventions ciblées, plus souples que les programmes ETP. Elles ont pour but de soutenir le patient dans l'application concrète des conseils et traitements, sans pour autant recourir à une démarche aussi formalisée que celle des programmes d'ETP autorisés par les agences régionales de santé [6,34]. Elles peuvent inclure par exemple des entretiens individuels, des appels téléphoniques de suivi, ou des conseils adaptés sur le mode de vie.

Selon l'article L.1161-4 du Code de la santé publique, les actions d'accompagnement ne peuvent être mises en œuvre par des entreprises exploitant des médicaments ou des dispositifs médicaux. Toutefois, ces dernières peuvent y prendre part, notamment pour le financement, à condition que l'élaboration et la mise en œuvre soient assurées par des professionnels de santé et des associations d'usagers [68].

2. Objectifs et exemples d'actions

Les actions d'accompagnement visent à :

- Renforcer l'adhésion thérapeutique,
- Encourager la persévérance et la motivation du patient,
- Faciliter l'intégration des changements de mode de vie (alimentation, activité physique, gestion du stress, etc.),
- Favoriser un lien régulier avec les soignants dans le cadre d'un suivi longitudinal [34,69].

Leur efficacité repose sur l'écoute, la répétition, la proximité et la personnalisation.

Dans le cadre de maladies chroniques comme l'épilepsie, l'hypertension artérielle pulmonaire ou l'obésité, ces actions complètent utilement les soins médicaux, et s'inscrivent dans une logique de soins prolongés et coordonnés, adaptés au rythme du patient.



3. Présentation du programme Obesi'care

1. Genèse et objectifs du programme

Obesi'Care est une action d'accompagnement spécifiquement conçue pour les patients atteints d'obésité bénéficiant d'un traitement médicamenteux, qu'il s'agisse d'un traitement injectable ou oral. Les molécules actuellement concernées par le dispositif sont le liraglutide (Saxenda®), le sémaglutide (Wegovy®), l'orlistat (Xenical®) et le tirzépate (Mounjaro®). L'accompagnement peut être initié dès la mise en route du traitement ou au cours de son suivi, en fonction des besoins du patient et des recommandations de son médecin prescripteur.



Figure 1 : Logo du programme Obesi'care

Cette action a été initiée par l'Association pour le Développement d'Initiatives Innovantes en Santé (ADIIS), en collaboration avec la société Patientys (spécialisée dans le suivi infirmier à distance) et le programme LineCoaching, centré sur l'accompagnement comportemental (*figure 2*). Elle bénéficie du soutien institutionnel du laboratoire Novo Nordisk.

Il repose également sur l'expertise d'un comité scientifique pluridisciplinaire rassemblant des professionnels de santé reconnus dans la prise en charge de l'obésité :

- Mme Laetitia Pézard, pharmacienne titulaire à Tours,
- Dr Rudi Cahier, médecin nutritionniste,
- Dr Loïc Foussier, médecin endocrinologue,

- Dr Jean-Yves Le Goff, médecin généraliste spécialisé en nutrition.

Grâce à ce travail collaboratif, un protocole de suivi rigoureux, personnalisé et adapté aux attentes des patients comme des professionnels de santé a pu être élaboré. Les objectifs principaux sont de renforcer l'observance thérapeutique, d'améliorer la qualité de vie des patients, et de favoriser une prise en charge multidimensionnelle intégrant les aspects médicaux, nutritionnels, psychologiques et comportementaux. L'inscription à cette action d'accompagnement est gratuite pour les patients et les professionnels de santé.

 patientys
by Concentrix LineCoaching ADIIS Association pour le
Développement d'Initiatives
Innovantes en Santé novo nordisk®

Figure 2 : Logos des différents acteurs d'Obési'care

2. Modalités d'inclusion et consentement

L'inscription au programme peut être réalisée de plusieurs façons :

- sur proposition du médecin prescripteur (endocrinologue, nutritionniste ou médecin généraliste),
- par un pharmacien au moment de la délivrance du traitement,
- ou par le patient lui-même via une procédure d'auto-inscription en ligne.

Le recueil du consentement est obligatoire et peut se faire sous forme papier (formulaire co-signé avec le professionnel de santé) ou dématérialisée (via l'extranet sécurisé Obesi'Care ou via un lien avec code unique). Dans ce dernier cas, le patient valide son inscription en recevant un code par SMS, équivalant à une signature électronique.

Le formulaire de consentement recueille :

- les données nominatives et coordonnées du patient,
- les données médicales essentielles (traitement, pathologie, comorbidités),
- les coordonnées du médecin ou pharmacien référent,
- les éventuelles observations médicales pertinentes.

Une fois le formulaire transmis à Patientys, un appel de validation est effectué par un infirmier(ère) dans un délai de deux jours ouvrés, afin de confirmer la volonté du patient de participer et d'expliquer en détail les modalités du programme. Ce n'est qu'à l'issue de cet appel que l'inscription devient effective.

3. Parcours et modalités du suivi

Le dispositif Obesi'Care repose sur un protocole de suivi structuré, intégrant plusieurs modalités complémentaires (*figure 3*) :

- des appels infirmiers planifiés à différents moments clés,
- des auto-questionnaires réguliers portant sur l'observance et la qualité de vie,
- des SMS conversationnels assurant un maintien du lien,
- et un accompagnement comportemental proposé en partenariat avec LineCoaching.

L'ensemble vise à favoriser une meilleure observance thérapeutique, à soutenir la motivation des patients et partager les informations récoltées avec l'équipe médicale.

1. Les appels infirmiers

Les appels infirmiers constituent l'élément central de ce suivi. Ils sont réalisés par les infirmiers(ères) de la société Patientys et permettent d'évaluer la situation médicale et psychologique du patient, de vérifier sa bonne compréhension du traitement et de renforcer son engagement dans le programme.

a. Appel de validation d'inscription

Le premier de ces appels, dit appel de Validation d'Inscription du Patient (VIP), survient dans les 2 jours suivant la réception du formulaire de consentement. Son objectif est de confirmer l'adhésion du patient au dispositif et de s'assurer de l'exactitude des informations transmises par le prescripteur. Au cours de cet entretien, l'infirmier(ère) reprend avec le patient ses coordonnées, ses données médicales essentielles (type de traitement, date d'initiation, pathologies associées, antécédents, parcours de soins déjà existant), et vérifie sa bonne maîtrise des modalités d'administration du traitement. Un travail d'éducation thérapeutique accompagne systématiquement la prise en charge, en particulier chez les patients traités par voie injectable. Il comprend un rappel détaillé des gestes techniques : préparation du stylo, sélection de la dose, technique d'injection, gestion des déchets, et conditions de conservation. L'entretien permet également d'identifier un repère personnel ou objectif lié à l'obésité, choisi par le patient lui-même, qui servira de fil conducteur pour mesurer ses progrès (par exemple, monter les escaliers sans essoufflement, réduire les grignotages, ou encore retrouver une aisance dans la vie quotidienne). Enfin, l'appel de VIP constitue un temps de présentation des auto-questionnaires à venir, ainsi que du programme LineCoaching, et rappelle les modalités de confidentialité entourant le traitement des données de santé.

b. Appel de suivi (M2)

Un second temps fort du protocole est constitué par l'appel de suivi du deuxième mois (M2). Celui-ci vise à faire le point sur la poursuite du traitement et sur les premières évolutions observées depuis l'appel de VIP. L'infirmier(ère) évalue l'observance thérapeutique à l'aide d'un questionnaire standardisé, élaboré à partir du modèle de la

Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Cet outil permet d'identifier d'éventuels oublis, des retards de prise, des interruptions ponctuelles ou une perception négative du traitement. La maîtrise technique de l'administration est également réévaluée, que le patient soit sous traitement injectable ou oral. Le repère personnel défini lors du VIP est repris afin de mesurer la progression du patient. En parallèle, l'infirmier(ère) interroge le patient sur son utilisation de la plateforme LineCoaching, ses interactions avec les coachs diététiciens ou psychologues, ainsi que sur son ressenti global vis-à-vis du soutien apporté par Obesi'Care. Cet appel constitue donc une étape charnière, permettant d'identifier précocement les difficultés et de réajuster l'accompagnement si nécessaire.

c. Appel de suivi (M5)

Le troisième et dernier appel infirmier est réalisé au cinquième mois (M5). Comme celui de M2, il permet de suivre le traitement et d'évaluer l'observance, mais il inclut en plus un questionnaire de satisfaction. Le patient est invité à exprimer son avis sur différents aspects du programme : utilité des appels, impact sur sa relation avec son médecin et son pharmacien, contribution à la compréhension de sa pathologie, soutien dans la prise de traitement, pertinence de la fréquence des appels et bénéfices retirés du programme LineCoaching. Cet appel constitue ainsi une étape de consolidation et permet d'évaluer la pertinence du dispositif dans son ensemble.

2. Les autoquestionnaires

En parallèle de ces appels, les patients sont invités à compléter des auto-questionnaires en ligne, envoyés par mail à des échéances prédéfinies. Ces questionnaires poursuivent un double objectif : assurer un suivi structuré de l'observance thérapeutique et mesurer l'évolution de la qualité de vie des patients. Les questionnaires de suivi sont proposés à M1, M3, M4 et M6. Ils portent sur la continuité du traitement, le dosage en cours, les éventuelles difficultés techniques (notamment pour les traitements injectables), ainsi que sur l'observance à travers une série d'items standardisés (oublis de prises, ruptures d'approvisionnement, perceptions de la charge thérapeutique). Cette observance est



évaluée avec le questionnaire de l'Assurance-Maladie (6 items). Ils comportent également une section consacrée au parcours LineCoaching, permettant de documenter l'utilisation de la plateforme et les séances de coaching réalisées.

À côté de ces questionnaires de suivi, les patients complètent également un questionnaire de qualité de vie (EQVOD) lors de leur inscription, puis à M2 et M6. Cet outil, composé de 22 items, évalue de manière fine l'impact de l'obésité et du traitement sur la dimension physique (respiration, douleurs, mobilité, fatigabilité) et psychosociale (image de soi, stigmatisation, isolement, état émotionnel, culpabilité alimentaire). Les réponses sont recueillies sur une échelle allant de « toujours » à « jamais », permettant de suivre l'évolution perçue du bien-être au fil du programme.

3. Linecoaching

En plus de ces outils standardisés, le programme intègre également l'intervention d'un partenaire spécialisé en coaching comportemental : LineCoaching. Ce service, accessible dès la validation de l'inscription, accompagne le patient tout au long de son parcours. Il repose sur des approches cognitivo-comportementales (TCC) appliquées à la gestion de l'alimentation, du poids et de la relation au corps. Concrètement, le patient bénéficie de plusieurs entretiens personnalisés réalisés par un psychologue et un diététicien, qui viennent compléter l'accompagnement infirmier en abordant des dimensions plus subjectives : gestion des émotions liées à l'alimentation, amélioration de la relation à la nourriture, renforcement de la motivation et développement de nouvelles habitudes de vie.

En complément des échanges individualisés, LineCoaching propose aux patients une plateforme numérique sécurisée, donnant accès à différents supports : modules éducatifs, exercices pratiques, vidéos interactives et activités favorisant l'auto-réflexion. Ce dispositif permet aux patients de travailler de manière autonome entre deux entretiens, en fonction de leur rythme et de leurs besoins spécifiques. Il s'agit d'un outil

précieux pour renforcer l'engagement et l'adhésion au programme, tout en développant des compétences d'autogestion.

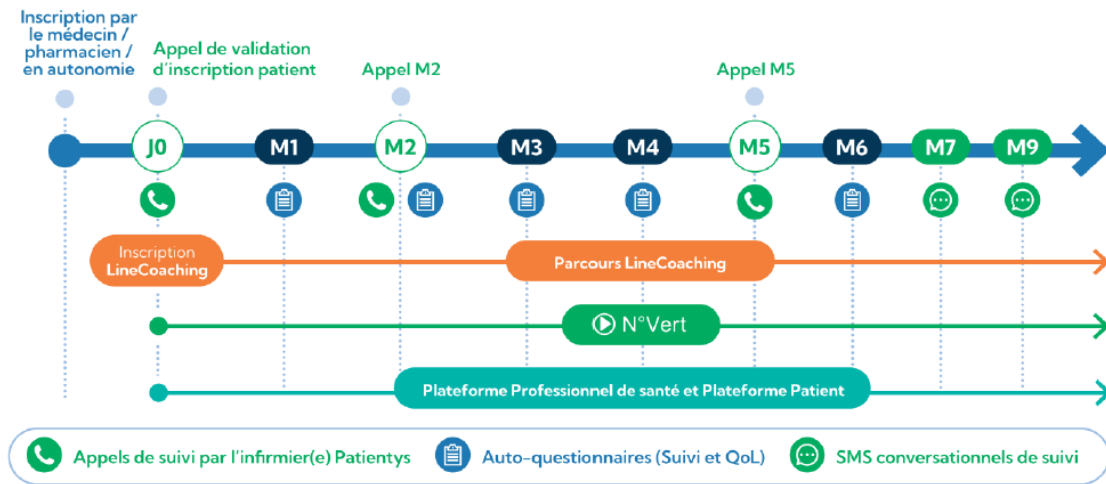
Lors des appels infirmiers de M2 et M5, une partie du script est d'ailleurs consacrée à l'évaluation du suivi LineCoaching : les patients sont interrogés sur leur utilisation de la plateforme, la qualité perçue des échanges avec les coachs, leur progression dans la gestion de l'alimentation et de l'activité physique, ainsi que leur ressenti quant au soutien global reçu. Ces retours permettent d'adapter l'accompagnement et de mesurer l'apport du dispositif comportemental dans le cadre plus large d'Obesi'Care.

4. Les SMS conversationnels

Afin d'assurer une continuité d'accompagnement au-delà des appels programmés, des SMS conversationnels sont adressés aux patients à M7 et M9 (sous réserve de leur consentement). Ces messages visent à maintenir le lien, rappeler l'importance de l'observance et encourager le patient à solliciter l'équipe Obesi'Care en cas de difficulté.

Ainsi, le protocole Obesi'Care articule de manière cohérente différents outils complémentaires : les appels infirmiers offrent un suivi clinique et éducatif, les auto-questionnaires permettent de documenter et d'objectiver les données, le parcours LineCoaching enrichit la prise en charge par une approche comportementale et psychologique, et les SMS assurent une continuité proactive. L'association de ces différentes composantes confère au dispositif sa spécificité et en fait un outil innovant au service de l'observance, de la qualité de vie et de la coordination des soins.

Les étapes clés du parcours Obesi'Care



Pour toutes questions, vous pouvez contacter gratuitement les infirmière(s) Patientys
au N° Vert **0805 691 438** du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Figure 3 : Protocole de suivi d'Obesi'care

Les patients disposent également d'un numéro de téléphone joignable du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Ils peuvent ainsi contacter un infirmier pour poser leurs questions, qu'elles portent sur l'obésité, le traitement, ses effets secondaires ou d'éventuelles inquiétudes.

Ce suivi est effectué entièrement à distance, il est gratuit, et s'intègre dans le parcours de soins existant. À chaque étape, un compte-rendu est transmis au médecin ou pharmacien référent, via une plateforme extranet sécurisée, afin de garantir une continuité et une coordination optimales avec l'équipe médicale.

Il est important de rappeler que les décisions médicales relèvent uniquement du médecin traitant ou de l'équipe médicale, et que les infirmières de Patientys interviennent exclusivement dans un rôle de soutien et d'accompagnement, sans jamais se substituer à une prescription ou un avis médical.

4. Méthodologie de recueil et d'analyse des données

Les données présentées dans cette analyse proviennent du suivi de la cohorte des patients inscrits dans le programme d'accompagnement ObesiCare depuis son lancement en septembre 2022. Elles ont été collectées de manière prospective, à partir :

- des formulaires de consentement, complétés par les médecins prescripteurs, pharmaciens, et par les patients lors de leur inscription. Ces formulaires renseignent les données sociodémographiques de base (âge, sexe, coordonnées), les informations médicales essentielles (le traitement prescrit et les pathologies associées).
- des appels de suivi infirmiers (validation d'inscription, M2, M5), réalisés par les infirmiers de Patientys. Ces entretiens structurés s'appuient sur des questionnaires standardisés portant sur le bon usage du traitement, l'observance, la tolérance, la motivation et l'évolution du parcours thérapeutique.
- des auto-questionnaires (AQ) complétés en ligne par les patients aux temps prévus du protocole (M1, M3, M4, M6). Ils incluent d'une part des questions sur la poursuite et la qualité de la prise médicamenteuse (observance, interruptions, causes d'arrêt, difficultés rencontrées), et d'autre part des échelles de ressenti liées à l'évolution de leur pathologie et de leur état de santé.
- du questionnaire de qualité de vie EQVOD, administré à l'inclusion, puis à M2 et M6. Cet instrument validé explore 22 dimensions physiques et psychosociales impactées par l'obésité, permettant d'objectiver l'évolution perçue de la qualité de vie au cours du suivi.

L'ensemble de ces données est enregistré dans un système sécurisé de gestion des patients (PRM), garantissant l'anonymisation et la confidentialité conformément au RGPD.

Sur le plan méthodologique, les données ont été analysées selon six axes principaux :



1. Caractéristiques de la population incluse (profils sociodémographiques et médicaux)
2. Engagement et suivi dans le programme
3. Objectifs personnels et impacts perçus de l'obésité
4. Évolution pondérale et clinique
5. Observance et bon usage des traitements
6. Qualité de vie (EQVOD)

5. Résultats d'analyse de la cohorte

A - Caractéristiques de la population incluse

Au 31 juin 2025, 1237 patients avaient donné leur consentement pour intégrer le programme Obesi'Care, dont 996 ont pu être validés par un appel de confirmation d'inscription (*figure 4*). Les 241 consentements restants correspondaient à des situations de non-conversion, liées principalement à l'injoignabilité du patient, à une absence de traitement médicamenteux contre l'obésité, ou à un refus de participation. Certains dossiers étaient encore en cours de validation à cette date.

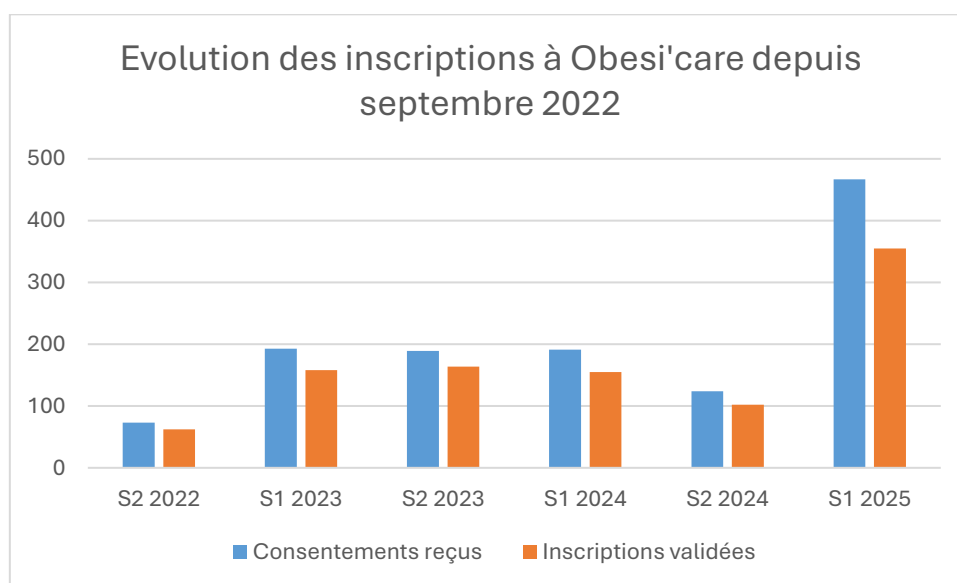


Figure 4 : Evolution du nombre d'inscription au sein d'Obesicare depuis le lancement en septembre 2022



- **Répartition selon le sexe et l'âge**

La population incluse présente une forte prédominance féminine, avec 91 % de femmes contre 9 % d'hommes (*figure 5*).

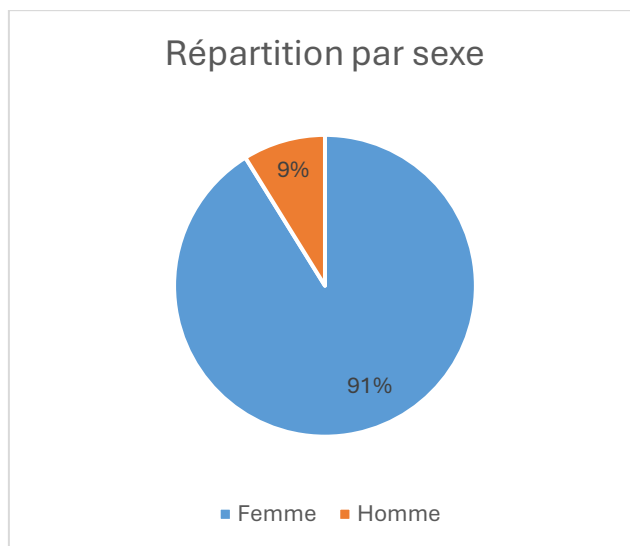


Figure 5 : Répartition par sexe des patients inclus dans Obesi'care

L'âge moyen est de 47 ans. La distribution montre une forte concentration dans la tranche 40–60 ans (58 % des patients), tandis que les sujets jeunes (<30 ans) représentent 8 % de l'échantillon et les personnes âgées (>70 ans) environ 3 % (*figure 6*).

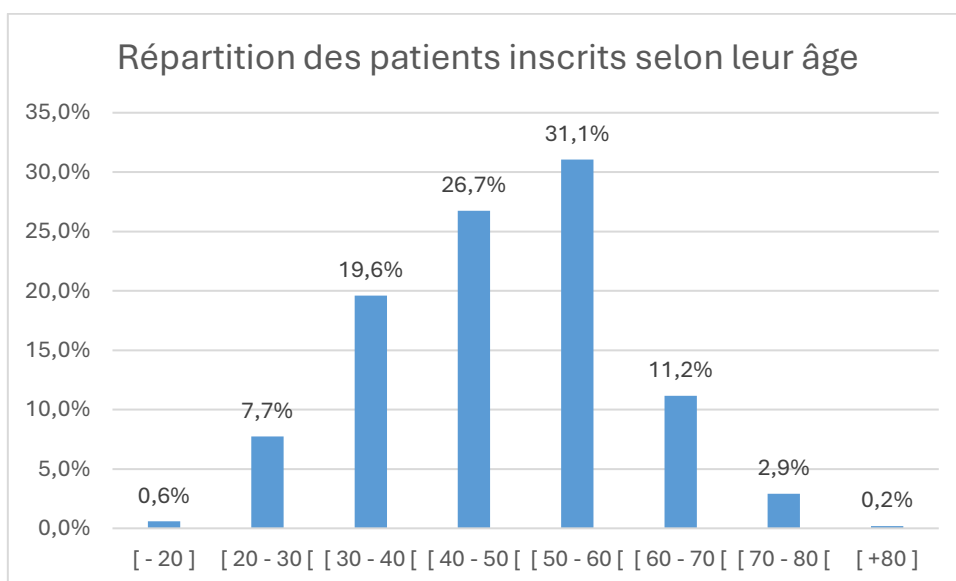


Figure 6 : Répartition des patients inclus dans Obesi'care selon leur âge



- **Répartition selon l'indice de masse corporelle (IMC)**

La majorité des patients présentent une obésité modérée à sévère (*figure 7*).

- 67,8 % des participants ont un IMC compris entre 30 et 40 kg/m²,
- 21,9 % un IMC supérieur à 40 kg/m².
- Seuls 0,8 % présentent un IMC inférieur à 25 kg/m² (mais supérieur à 23 kg/m²). 75% d'entre eux reflètent une perte pondérale déjà amorcée depuis au moins 3 mois allant jusqu'à 1 an. Les 25% restant ont pour antécédent une chirurgie bariatrique.
- L'IMC moyen des patients est de 36,2 kg/m².

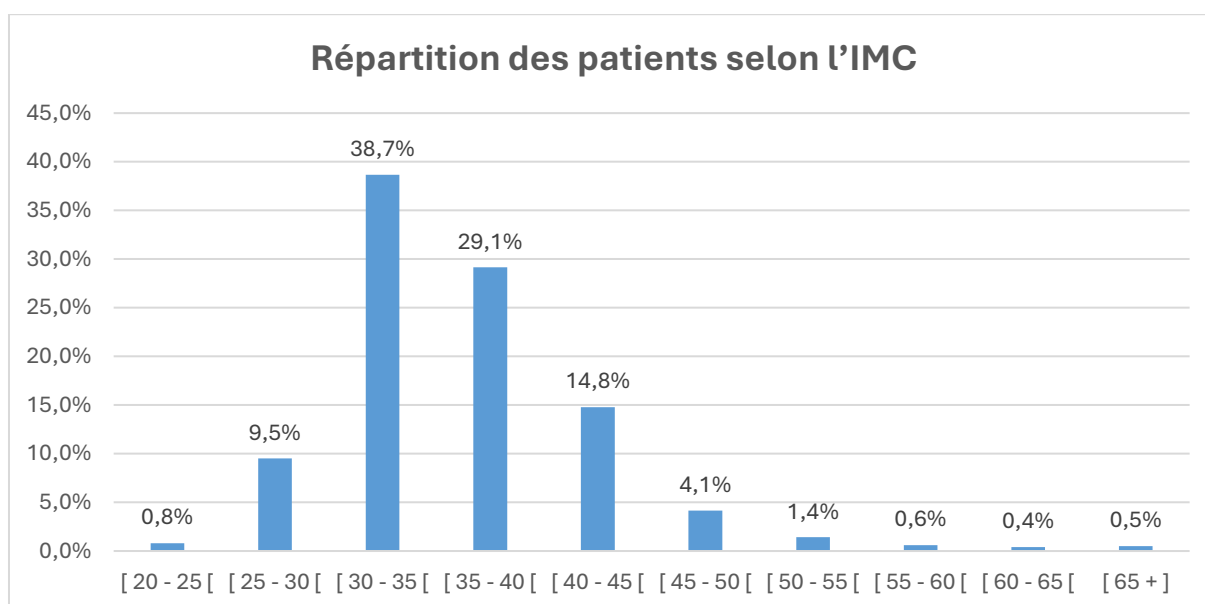


Figure 7 : Répartition des patients inclus dans Obesi'care selon leur IMC

- **Répartition selon le traitement médicamenteux**

La répartition des traitements prescrits reflète l'historique des accès autorisation sur le marché en France (*figure 8*).

- **Liraglutide (Saxenda®) : 57 % des patients,**



- **Sémaglutide (Wegovy®)** : 42 % des patients,
- **Tirzépatide (Mounjaro®)** : 1 % des patients.

À ce stade, l'orlistat (Xenical®/Alli®) n'a pas encore été rapporté dans les inclusions.

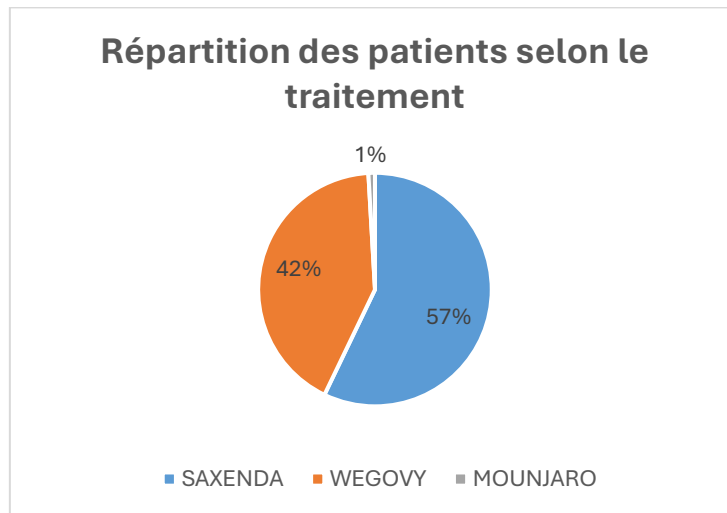


Figure 8 : Répartition des traitements des patients inclus dans Obesi'care

L'inscription des patients au programme Obesi'Care ne se fait pas systématiquement à l'initiation du traitement médicamenteux (*figure 9*). En effet, si une large majorité des participants (69,9 %) rejoignent l'action d'accompagnement dans le mois qui suit la prescription initiale, d'autres y accèdent plus tardivement, reflétant une intégration progressive dans le parcours de soins. Ainsi, 9,2 % des patients sont inscrits après un mois de traitement, 4,8 % après deux mois, et 10,2 % après trois mois. Une minorité rejoint le programme à six mois (4,0 %) ou un an (1,8 %) après le début de leur traitement.

L'accompagnement est proposé majoritairement dès l'instauration du traitement, ce qui confère un rôle important à Obesi'Care dans l'appropriation précoce du bon usage.

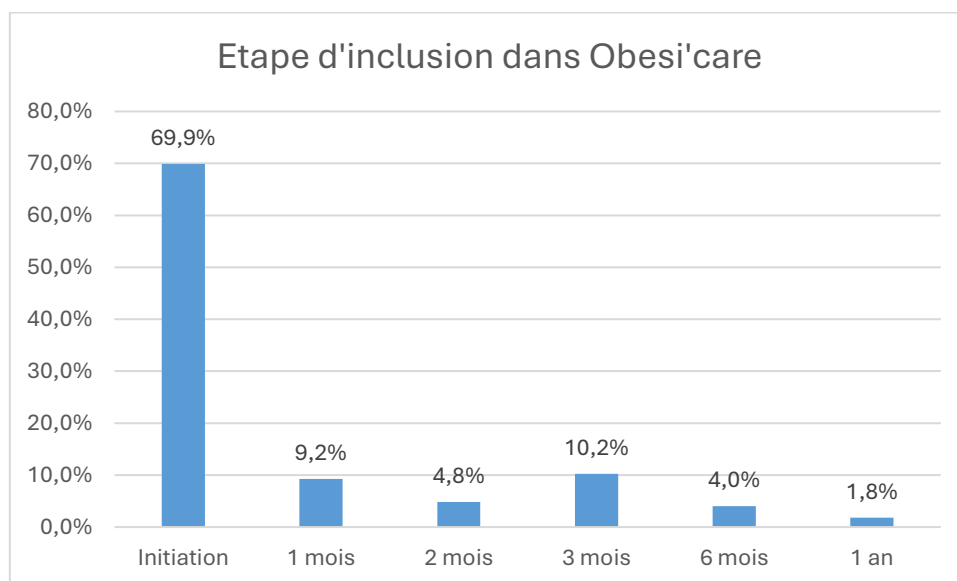


Figure 9 : Répartition des différentes temporalités d'inclusion à Obesi'care

- **Antécédents de chirurgie bariatrique**

L'analyse des données chirurgicales, après exclusion des non-répondants (18 %), montre que la grande majorité des patients inclus dans le programme Obesi'Care n'a jamais eu recours à une chirurgie bariatrique (82 %). Parmi ceux ayant été opérés, la technique la plus fréquente est la gastrectomie longitudinale (sleeve), rapportée par 7 % des patients, suivie du bypass gastrique (5 %), de l'anneau gastrique ajustable (4 %) et d'autres techniques chirurgicales plus rares (2 %) (figure 10).

Ces résultats confirment que la majorité des patients suivis débutent un traitement médicamenteux sans antécédent chirurgical. Toutefois, une proportion non négligeable a déjà bénéficié d'une chirurgie bariatrique, soulignant l'importance d'étudier les parcours thérapeutiques combinés et le rôle que peut jouer l'accompagnement médicamenteux dans un contexte de prise en charge post-chirurgicale.

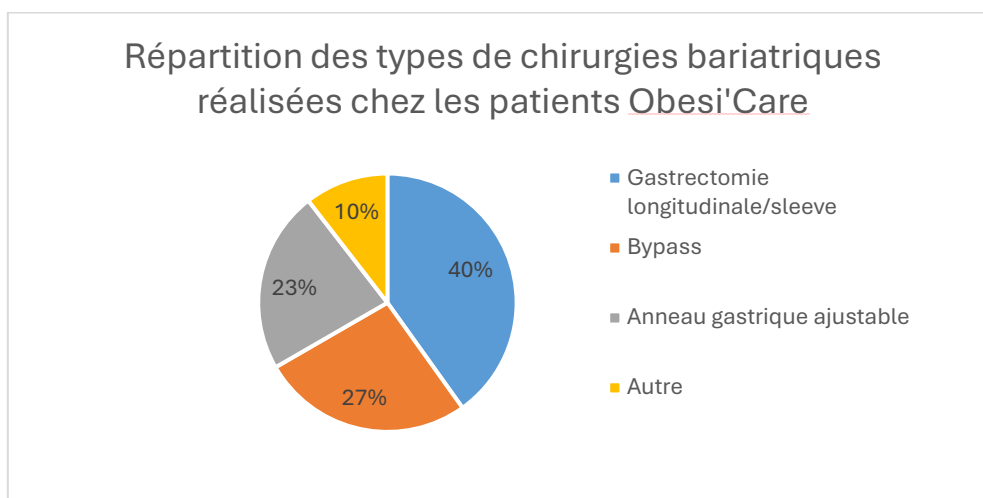


Figure 10 : Répartition des types de chirurgies bariatriques des patients inclus dans **Obesi'care**

- **Répartition selon les comorbidités**

L'analyse des comorbidités met en évidence une population polypathologique : 59,2 % des patients présentent au moins une comorbidité, et 27.3 % deux comorbidités ou plus (figure 11).

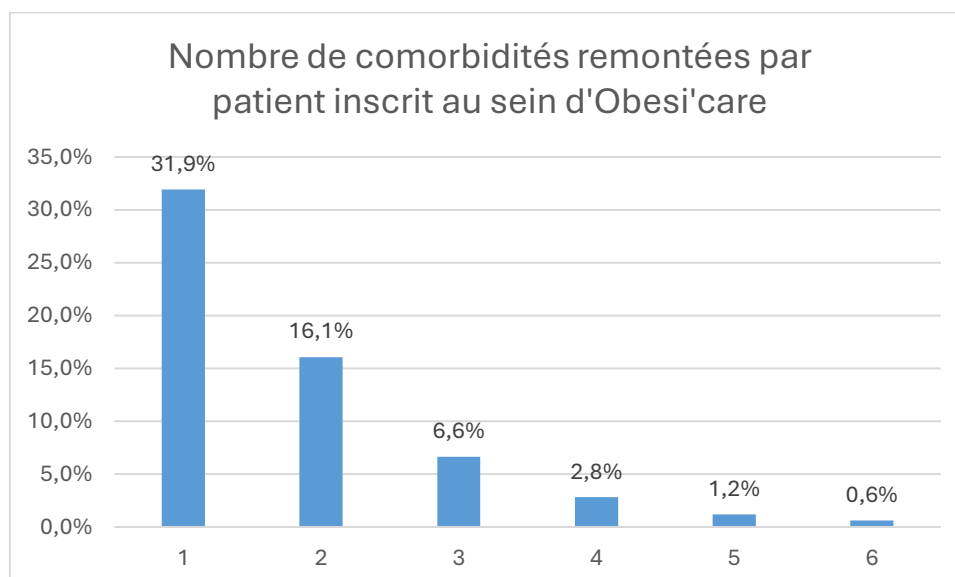


Figure 11 : Nombre de comorbidités des patients inclus dans **Obesi'care**

Les affections les plus fréquentes sont l'**hypertension artérielle (18,6 %)**, le **syndrome d'apnée du sommeil (13.7 %)**, l'**arthrose ou les arthralgies (11,1 %)**, les **troubles**

hormonaux (10,1 %), la **dyslipidémie** (9,4 %) et les **troubles anxio-dépressifs** (7.9 %) (figure 12).

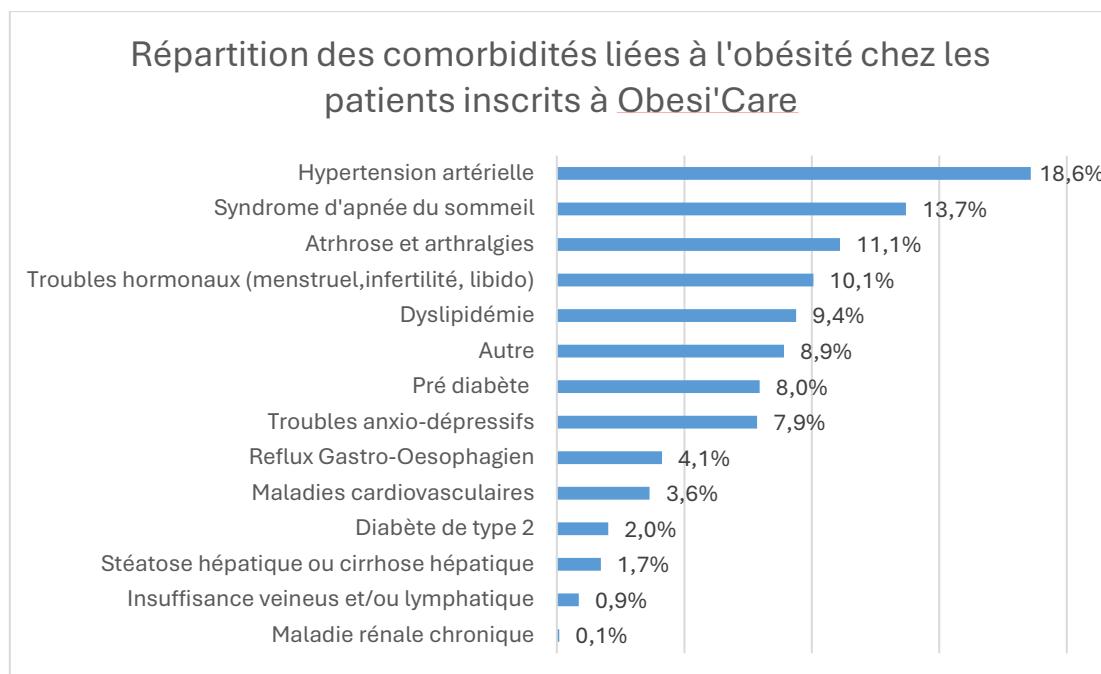


Figure 12 : Répartition des comorbidités des patients inclus dans Obesi'care

Parmi les patients ayant remontés des comorbidités, 52,5% d'entre eux sont suivis par un spécialiste et 56.2% d'entre eux ont un traitement associé (figure 13).

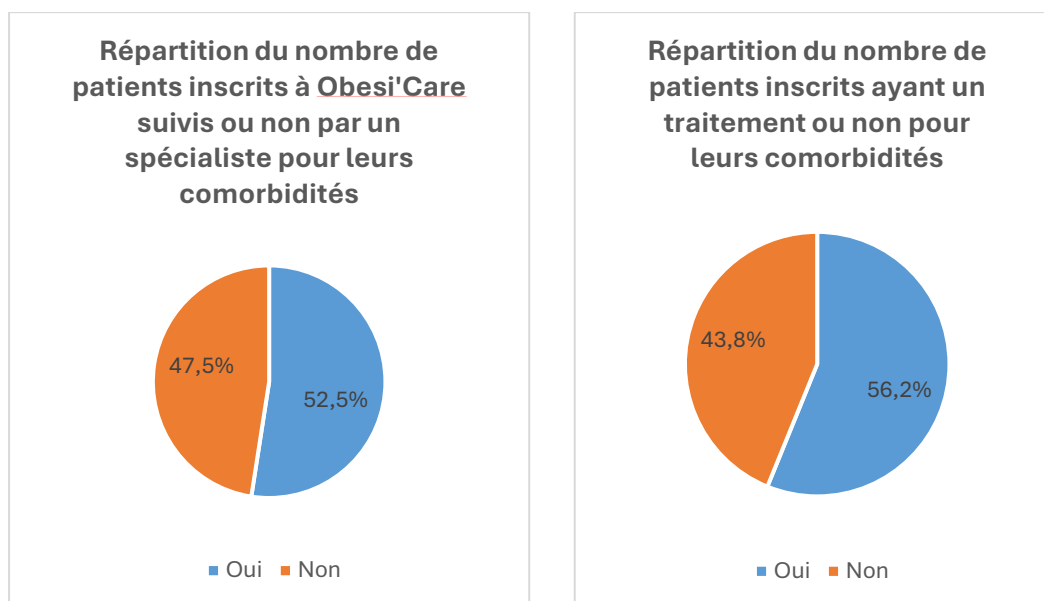


Figure 13 : Répartition des patients inclus dans Obesi'care selon leur suivi médical et leur traitement pour la gestion de leurs comorbidités

- **Répartition des prescripteurs et spécialités médicales associées**

Depuis le lancement du programme, les professionnels de santé ayant inscrit au moins un patient sont principalement des endocrinologues (49 %), suivis par les médecins généralistes (23 %) et les nutritionnistes (13 %). Les autres spécialités restent marginalement représentées : médecine interne (1 %), chirurgie digestive (1 %), cardiologie (5 %), autres spécialités (5 %) et pharmaciens (2 %). Cette répartition traduit un engagement marqué des spécialistes de l'endocrinologie, mais souligne également la diversité des profils impliqués dans la prise en charge de l'obésité (*figure 14*).

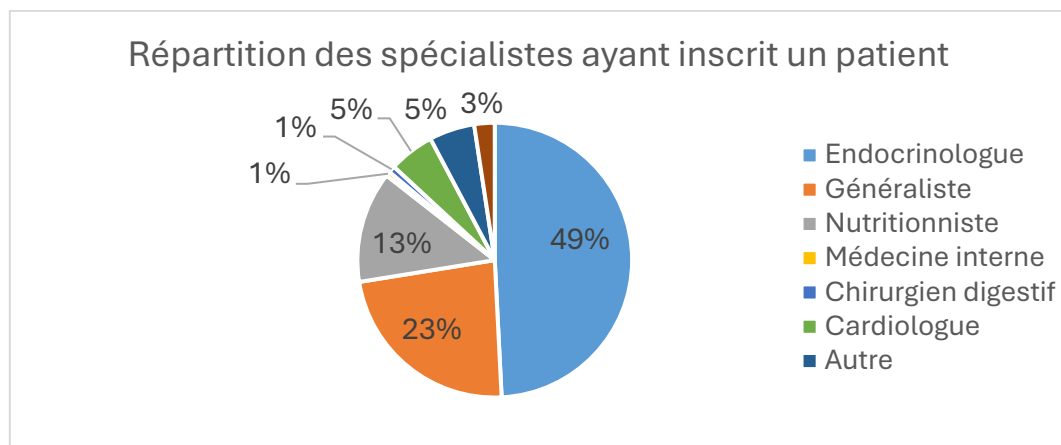


Figure 14 : Répartition des spécialistes ayant inscrits des patients dans Obesi'care

En parallèle, la ventilation des patients selon la spécialité du prescripteur confirme la prédominance des endocrinologues, qui sont à l'origine de 49 % des inclusions. Les médecins généralistes et les nutritionnistes représentent chacun 17 % des inclusions, tandis que les chirurgiens digestifs contribuent à hauteur de 10 %. Les spécialités de médecine interne, de cardiologie et les pharmaciens demeurent plus minoritaires (respectivement 1 %, 0 % et 1 %), tandis que 4 % des inclusions proviennent d'autres spécialités (*figure 15*).

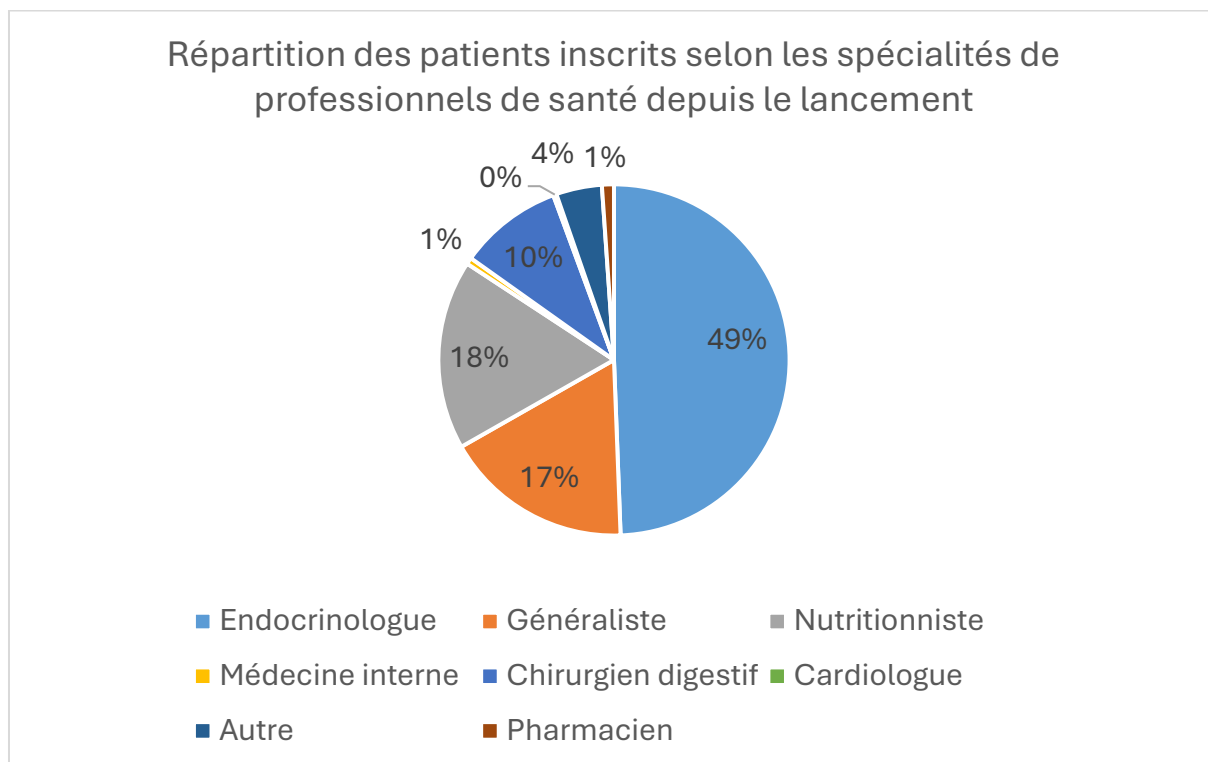


Figure 15 : Répartition des patients inclus dans Obesi'care selon les spécialités de leur prescripteur

Cette prédominance des endocrinologues et nutritionnistes s'explique non seulement par leur rôle central dans la prise en charge de l'obésité, mais aussi par le cadre réglementaire français qui encadre strictement la prescription des analogues du GLP-1. En effet, jusque juin 2025, l'ANSM avait restreint l'initiation de ces traitements aux spécialistes compétents (endocrinologues, nutritionnistes, médecins hospitaliers des centres de référence), les médecins généralistes intervenant le plus souvent uniquement pour le renouvellement des ordonnances [36]. Les pharmaciens, de leur côté, ont pour l'instant surtout un rôle d'accompagnement dans le suivi. Ainsi, cette organisation des prescripteurs reflète directement l'impact des restrictions réglementaires sur les modalités d'inclusion des patients dans Obesi'Care, tout en illustrant la diversité des points d'entrée dans le dispositif.



B - Engagement et suivi dans le programme

L'analyse de l'implication des patients dans le suivi repose sur le volume d'appels infirmiers et d'auto-questionnaires effectivement réalisés au cours du programme. Depuis son lancement, **1 046 appels de suivi** ont été conduits (aux temps M2 et M5), complétés par **567 auto-questionnaires de suivi** (M1, M3, M4 et M6) et **557 questionnaires de qualité de vie (EQVOD)** (VIP, M2 et M6).

Ces chiffres témoignent d'un engagement globalement élevé des patients dans le dispositif. Toutefois, on observe une diminution progressive du nombre de répondants au fil du temps. Ce constat ne traduit pas uniquement une lassitude ou un désengagement des participants, mais résulte aussi des sorties de programme (par exemple en cas d'arrêt définitif du traitement médicamenteux, de décision médicale ou de refus de poursuite). Ce facteur contribue mécaniquement à réduire la base de patients suivis aux temps M5 et M6, et doit être pris en compte dans l'interprétation des taux de complétude.

Ainsi, bien que l'effectif de répondants diminue avec le temps, les données disponibles traduisent un taux de participation satisfaisant, reflétant l'adhésion des patients au programme et l'intérêt porté à ce type d'accompagnement.

C- Objectifs personnels et impacts perçus de l'obésité

Lors de l'entretien initial (VIP), les patients sont invités à identifier les aspects de leur vie quotidienne les plus affectés par l'obésité, définis comme leurs repères personnels. Ces repères ne constituent pas en eux-mêmes des objectifs explicites, mais permettent de mettre en évidence les domaines dans lesquels l'amélioration est la plus attendue. Chaque patient cite en moyenne 2,3 impacts. L'analyse des réponses recueillies (n = 866 répondants) met en évidence quatre grandes catégories :

- La dimension « **santé physique** » regroupe plusieurs symptômes et complications. On y retrouve l'**essoufflement** (30 %), les **douleurs articulaires** (27 %), la **fatigue** (15 %), les **risques médicaux perçus et la crainte de détérioration de l'état de santé** (25 %), ainsi que les difficultés liées aux

grignotages (5 %). Cette catégorie représente une part importante des préoccupations et reflète à la fois la charge symptomatique et la conscience des comorbidités associées à l'obésité.

- **L'image de soi** constitue une dimension importante. Plus d'un tiers des patients (36 %) disent souffrir d'une atteinte de leur **image corporelle**, et 14 % rencontrent des **difficultés pour trouver des vêtements adaptés**. Des troubles psychologiques comme **l'anxiété-dépression** (6 %) et la difficulté à **supporter le regard des autres** (3 %) sont également rapportés, soulignant le rôle de la stigmatisation et de la souffrance psychique.
- La dimension « **mobilité** » concerne les limitations fonctionnelles. Les difficultés les plus fréquentes concernent la **souplesse et la mobilité dans les gestes du quotidien** (27 %), la difficulté à **marcher longtemps** (18 %), à **monter ou descendre les escaliers** (9 %), ou encore à **s'asseoir ou se relever** (2 %). Ces données soulignent l'impact concret de l'obésité sur l'autonomie et la vie quotidienne.
- Enfin, la dimension « **vie quotidienne** » met en évidence des répercussions sociales et pratiques : les **activités du quotidien** (5 %), **l'impact sur la vie professionnelle** (3 %) et la difficulté à **s'occuper des enfants** (2 %). Bien qu'elles apparaissent plus rarement dans les réponses des patients, ces limitations rappellent l'importance des répercussions sur la vie sociale et familiale.

En synthèse, cette analyse illustre la pluralité des répercussions de l'obésité. Si les limitations physiques et fonctionnelles constituent la majorité des plaintes, la dimension psychologique (image de soi, anxiété, stigmatisation) occupe également une place centrale. Ces résultats soulignent l'importance d'un accompagnement global intégrant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux dans la prise en charge (*figure 16*).

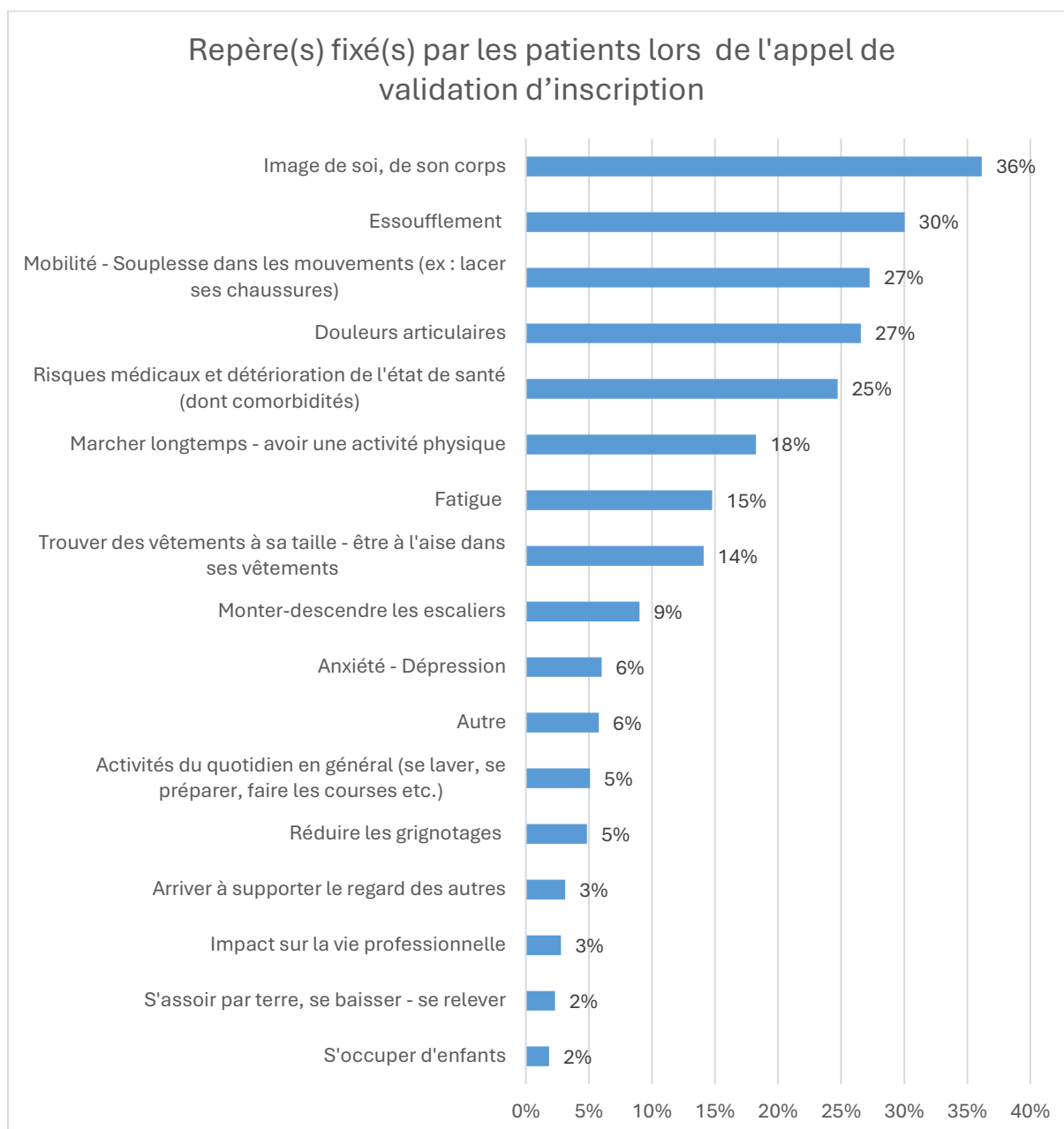


Figure 16 : Répartition des repères personnels des patients évoqués lors de l'appel de validation d'inscription

Ces repères personnels constituent une base pour le suivi longitudinal des patients. Lors des appels M2 et des auto-questionnaires M4 et M6, il est demandé aux patients d'évaluer leur progression par rapport à ces repères. Les résultats montrent que la majorité des patients déclarent avoir progressé au cours du suivi, même si peu considèrent avoir atteint leur objectif. Ainsi, à M2, 81 % des répondants rapportent avoir



progressé, contre 71 % à M4 et 63 % à M6. En parallèle, la proportion de patients estimant ne pas avoir avancé augmente progressivement (18 % à M2, 28 % à M4, 34 % à M6), traduisant possiblement une exigence croissante vis-à-vis des résultats ou une confrontation aux limites du traitement. Enfin, seuls 1 à 3 % déclarent avoir atteint leur objectif, ce qui reflète à la fois le caractère exigeant des attentes et la durée nécessaire pour observer des changements tangibles.

L'analyse des repères de vie choisis par les patients (mobilité, image de soi, santé physique...) permet de mieux comprendre leurs priorités. L'atteinte ou la progression des objectifs est multifactorielle : elle dépend à la fois de la perte de poids induite par le traitement pharmacologique, du contexte psychosocial du patient et de son accompagnement global. Le rôle spécifique du programme ne peut être isolé en l'absence d'un groupe contrôle.

L'analyse croisée avec les données cliniques, notamment la perte d'IMC, permet de mettre en lumière l'écart éventuel entre perception subjective de progression et évolution pondérale objective.

D - Évolution pondérale et clinique

L'évolution clinique est appréciée par la variation d'IMC entre l'inclusion (VIP) et les suivis M2 et M5. Parmi les 473 répondants à M2, près des deux tiers rapportent une diminution de leur IMC supérieure à 1 point. À M5, sur 63 patients suivis, la tendance s'accroît : une part importante atteint une perte comprise entre **3 et 5 points d'IMC** (34 %), et **14 % dépassent une perte de 6 points** (figure 17).

Variation d'IMC	VIP vs M2	VIP vs M5
< 1 points	29%	11%
1 - 2 points	32%	16%
2 - 3 points	22%	19%
3 - 4 points	9%	17%
4 - 5 points	5%	17%
5 - 6 points	1%	5%
6 - 7 points	1%	14%

Figure 17 : Variation de l'IMC des patients inclus dans Obesi'care au fil du temps



Ces résultats traduisent une amélioration objective, qui contraste parfois avec la perception subjective exprimée par les patients.

En effet, si près de 80 % des patients se déclaraient en progression à M2, ils ne sont plus que 63 % à M6, malgré une perte de poids mesurable chez une partie d'entre eux. Ce décalage laisse penser que l'atteinte des objectifs personnels n'est pas uniquement liée à la réduction de l'IMC, mais dépend également d'autres dimensions plus complexes : gestion des comorbidités, perception de l'image corporelle, capacités fonctionnelles ou attentes parfois supérieures aux bénéfices observés.

Ainsi, la mise en parallèle des données objectives et subjectives met en lumière un enjeu central du programme : accompagner les patients dans la compréhension et la valorisation des progrès réalisés, même partiels, pour renforcer la motivation et limiter le décrochage thérapeutique.

Toutefois, l'interprétation des données à M5 doit rester prudente, compte tenu du faible nombre de répondants (n = 63).

En somme, les résultats cliniques objectivés (perte pondérale, diminution de l'IMC) et les perceptions subjectives des patients (progression vers leurs repères personnels) soulignent la complexité de la prise en charge de l'obésité. Toutefois, ces bénéfices ne peuvent être maintenus et optimisés qu'à condition d'une observance rigoureuse et d'un bon usage des traitements médicamenteux, qui constituent le socle de l'efficacité thérapeutique.

E - Observance et bon usage des traitements

L'efficacité des traitements médicamenteux dans l'obésité dépend non seulement de leurs propriétés pharmacologiques, mais également de la capacité des patients à les prendre de manière régulière, conforme et adaptée. L'observance et le bon usage constituent donc deux dimensions complémentaires : la première renvoie au respect de la prescription (continuité, régularité, absence d'oublis), tandis que la seconde concerne



l'acquisition des compétences pratiques nécessaires pour manipuler correctement le dispositif thérapeutique.

- **Observance thérapeutique**

L'observance a été évaluée à travers le questionnaire de l'Assurance-Maladie structuré en six items (oubli de prise, rupture de stock, retard d'administration, interruptions volontaires ou involontaires, perception négative du traitement, fréquence jugée trop contraignante) permettant d'obtenir un score global sur 6.

Les résultats montrent une observance élevée en début de suivi, avec une moyenne de 5,6/6 à M2 (n=447).

Cette valeur diminue progressivement au fil du suivi, atteignant 4,9/6 à M4 (n=108) puis 4,8/6 à M6 (n=309). La proportion de patients ayant un score maximal (6/6) passe de 75 % à M2 à 37 % à M4, puis 30 % à M6. Cette évolution traduit une lassitude progressive ou des difficultés croissantes dans la poursuite du traitement à long terme. Malgré cela, la majorité des patients conservent une observance jugée correcte ($\geq 4/6$), montrant qu'ils restent globalement investis malgré les contraintes.

L'analyse détaillée des réponses aux six items du score d'observance met en évidence que certaines dimensions posent plus de difficultés que d'autres. La question la plus fréquemment rapportée par les patients est le retard dans la prise du traitement, déclarée par 33,3 % des répondants. Viennent ensuite l'oubli de prise certains jours (14,8 %) et les situations de rupture de stock ou de panne de médicament (12,4 %). Ces résultats suggèrent que les difficultés d'observance sont davantage liées à l'organisation pratique du traitement qu'à un rejet explicite ou à une perception négative de celui-ci.

Par ailleurs, il est notable que 86,3 % des réponses « oui » aux questions d'observance concernent des patients traités par Saxenda® (liraglutide, injection quotidienne). Ce constat doit être interprété à la lumière de la répartition des traitements dans la cohorte, où Saxenda représente environ 57 % des prescriptions validées. La proportion élevée de réponses issues de ce groupe peut ainsi refléter en partie la distribution de la population, mais elle souligne également l'impact du rythme quotidien des injections sur

l'observance. En comparaison, les traitements hebdomadaires tels que Wegovy® (sémaglutide) ou Mounjaro® (tirzépatide) induisent mécaniquement moins de contraintes organisationnelles, ce qui peut expliquer leur meilleure tolérance en termes de respect des prises.

- **Assimilation des gestes de bon usage du traitement**

L'évaluation des connaissances et de la maîtrise des gestes techniques relatifs à l'administration des traitements (ex. préparation et conservation du stylo, choix du site et technique d'injection, gestion du matériel usagé) a été réalisée lors de l'appel initial (VIP) et réévaluée aux temps M2 et M5.

À l'inclusion, presque tous les patients (98,9 %, n=521) réalisaient correctement ces gestes. La proportion augmentait légèrement à M2 (99,9 %, n=486) et atteignait 100 % à M5 (n=66). Les erreurs ou hésitations, présentes chez 1,1 % des patients à la VIP, disparaissaient totalement au fil du suivi.

Ces données suggèrent que l'accompagnement proposé dans le cadre d'Obesi'Care permet une appropriation plus complète et durable des bonnes pratiques d'administration, limitant ainsi les erreurs d'usage susceptibles d'altérer l'efficacité thérapeutique ou de générer des risques iatrogènes.

Limites liées à l'évaluation du bon usage

Il convient de souligner que les excellents résultats observés dans l'assimilation des gestes de bon usage doivent être interprétés avec prudence. En effet, lors des appels infirmiers, les questions posées peuvent ne pas toujours être formulées de manière totalement ouverte : elles peuvent parfois inciter le patient à confirmer plutôt qu'à détailler sa pratique réelle. De plus, l'auto-déclaration ne permet pas de vérifier objectivement la réalisation correcte du geste, contrairement à une observation directe.

Ainsi, si l'on peut conclure à une très bonne appropriation théorique et déclarée des gestes, une part d'incertitude subsiste quant à leur exécution effective au quotidien.

- **Arrêt de traitement**



Parmi les patients inclus dans Obesi'Care, 147 ont rapporté un arrêt définitif de leur traitement. L'analyse des causes met en évidence une hétérogénéité des motifs invoqués. Les **effets indésirables** représentent la première cause identifiée (22 %), suivis par le **coût jugé trop élevé** du traitement (13 %) et le **manque d'efficacité perçue** (12 %).

Actuellement, les trois traitements injectables disponibles ne bénéficient pas d'un remboursement par l'Assurance Maladie. Leur coût, de plusieurs centaines d'euros par mois, représente un frein potentiel à leur utilisation prolongée.

Dans 9 % des cas, l'arrêt du traitement correspond à un **changement de stratégie thérapeutique**. Une petite proportion de patients a interrompu le suivi en raison d'une **perte de poids considérée comme suffisante** (4 %), de **contraintes liées au mode d'administration** (3 %) ou d'**événements personnels ou professionnels rendant la poursuite difficile** (3 %). Enfin, près d'un tiers des arrêts (33 %) sont regroupés sous la catégorie "**autres**", traduisant la diversité des situations individuelles et l'influence de facteurs contextuels difficiles à standardiser.

Ces résultats montrent que si les effets indésirables et les contraintes économiques restent des causes fréquentes d'interruption, des aspects plus subjectifs, liés à la perception du bénéfice ou à des facteurs de vie personnelle, jouent également un rôle majeur.

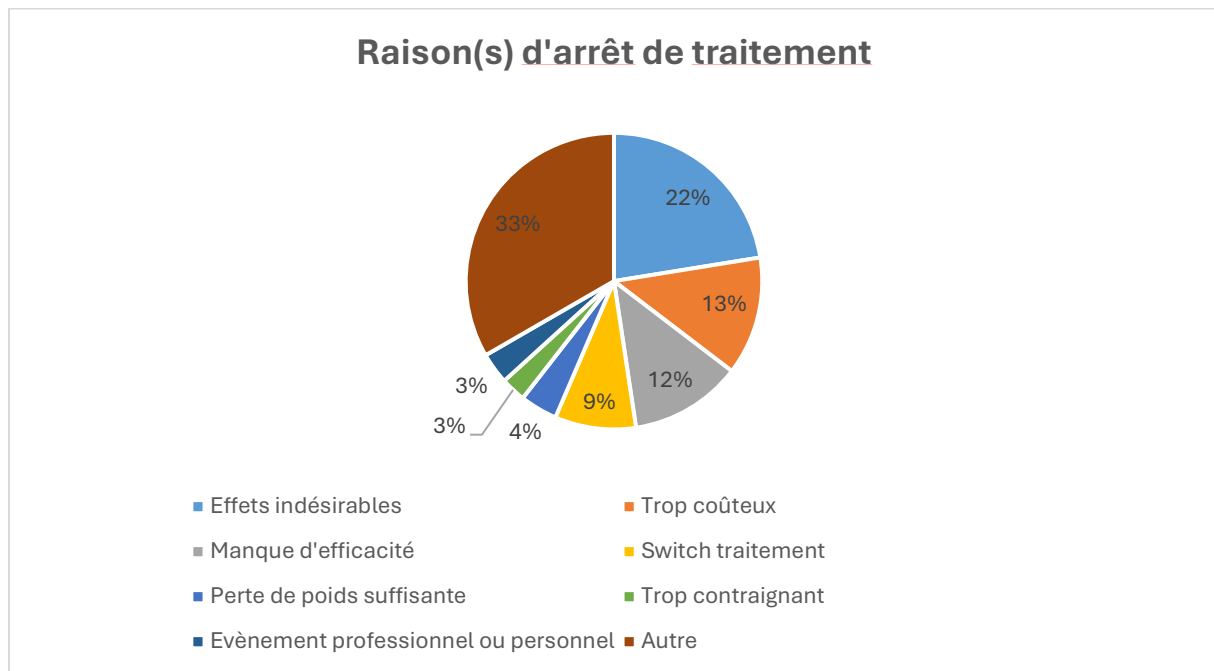


Figure 18 : Répartition des raisons d'arrêts de traitement prématurés des patients inclus dans Obesi'care

L'analyse des arrêts montre que les décisions sont majoritairement à l'initiative des patients eux-mêmes (66,7 %), contre seulement un tiers relevant d'une décision médicale (33,3 %). Cette répartition souligne que, bien que des critères cliniques (effets indésirables, efficacité, switch thérapeutique) puissent justifier l'arrêt, la perception subjective du patient joue un rôle déterminant dans la poursuite ou l'interruption du traitement. Elle reflète aussi l'importance de l'accompagnement éducatif et motivationnel, visant à soutenir les patients face aux contraintes liées à leur traitement, afin de limiter les interruptions prématurées (*figure 18*).

F - Évolution de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie des patients a été réalisée au moyen de l'EQVOD (Échelle de Qualité de Vie liée à l'Obésité et à ses Dimensions), un outil spécifiquement développé pour mesurer le retentissement de l'obésité sur la vie quotidienne. Ce questionnaire comprend 22 items, répartis en deux grandes dimensions : une dimension physique (11 items) qui explore les limitations fonctionnelles, la mobilité, la douleur et les difficultés

dans les activités de la vie quotidienne, et une dimension psychosociale (11 items) qui évalue l'impact de l'obésité sur l'estime de soi, la stigmatisation, les relations sociales et le bien-être émotionnel. Les réponses sont cotées selon une échelle de Likert allant de « jamais » à « toujours », permettant de calculer des scores partiels (physique et psychosocial) ainsi qu'un score global exprimé en pourcentage, où un score plus élevé reflète une meilleure qualité de vie perçue.

Dans la cohorte suivie par Obesi'Care, on observe une amélioration progressive des scores au fil du suivi. Le score global passe ainsi de 60,6 % à l'inclusion, à 67 % au deuxième mois, puis à 71,2 % au sixième mois (*figure 19*). L'analyse par sous-dimensions montre une progression aussi bien sur le plan physique (31,3 % à l'inclusion contre 36,6 % à M6) que psychosocial (29,3 % contre 34,6 %). Ces évolutions suggèrent un bénéfice tangible sur la qualité de vie, qu'il s'agisse de la fonctionnalité physique (moins d'essoufflement, meilleure mobilité, réduction de certaines douleurs) ou du bien-être psychosocial (amélioration de l'image de soi, diminution du sentiment de stigmatisation, regain de motivation).

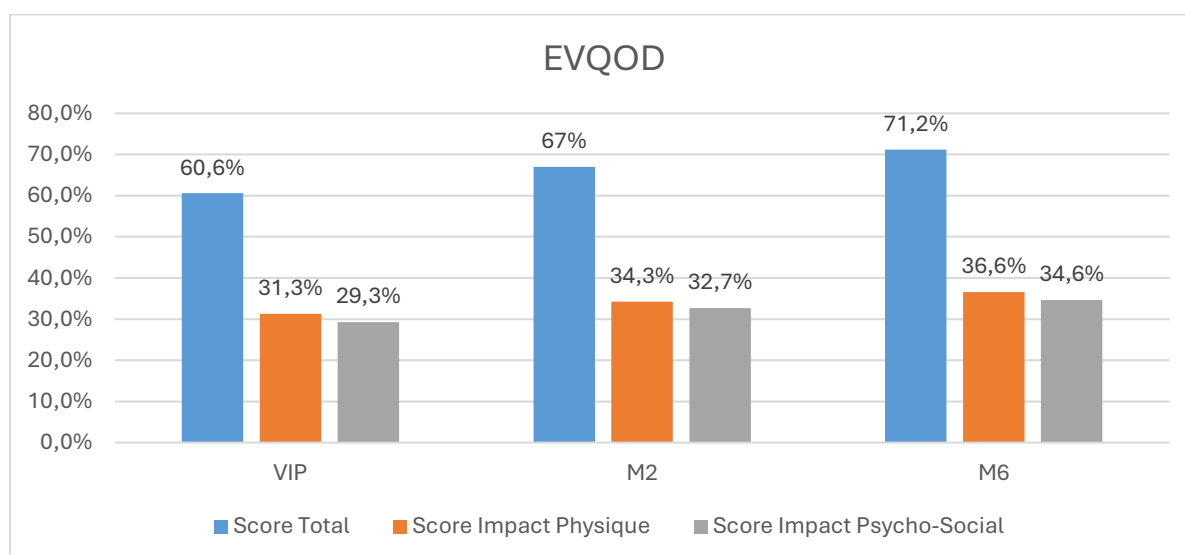


Figure 19 : Evolution de la qualité de vie des patients Obesi'care au fil du temps (questionnaire EVQOD)



Il convient toutefois de noter que le nombre de répondants diminue au fil du suivi (271 à l'inclusion, 206 à M2, 46 à M6), ce qui invite à interpréter ces résultats avec prudence, tout en soulignant la tendance favorable observée.

L'analyse des items ayant reçus un « toujours » et un « souvent » met en évidence que les difficultés les plus fréquemment rapportées par les patients concernent principalement la **sphère psychosociale et l'image corporelle**.

Deux items ressortent de manière constante comme les plus problématiques : la **honte du poids** (20 % à l'initiation, 23 % à M2 et 25 % à M6) et le **refus d'être vu nu(e)** (18 %, 23 % et 28 % respectivement). Ces données traduisent la persistance, voire l'aggravation, d'une souffrance liée à l'image de soi, qui reste insuffisamment améliorée par la perte pondérale initiale. Dans une moindre mesure, la **difficulté à trouver des vêtements adaptés** demeure un obstacle concret dans la vie quotidienne, rapporté par 17 % des patients à l'inclusion et encore 15 % à M6.

Sur le plan somatique, les **douleurs articulaires** constituent l'un des items les plus marquants et montrent une tendance à l'aggravation (10 % à l'initiation contre 18 % à M6). Elles reflètent probablement la chronicité des atteintes musculosquelettiques liées à l'obésité et leur relative indépendance vis-à-vis de la perte de poids. Enfin, l'**essoufflement** reste un symptôme fréquent (8 % à l'inclusion, 13 % à M6), bien qu'en légère amélioration à court terme (5 % à M2).

Discussion

L'analyse des données du programme Obesi'Care apporte plusieurs enseignements. La population incluse est composée en grande majorité de femmes (91 %), d'âge moyen 47 ans, avec un IMC souvent élevé, en particulier dans les classes d'obésité sévère (≥ 35 kg/m²). Les comorbidités sont fréquentes, notamment l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil, les arthralgies et divers troubles hormonaux. Ce profil reflète bien la vulnérabilité des patients concernés, proches de ceux suivis en pratique clinique.

Sur le plan thérapeutique, la grande majorité des patients étaient traités par Saxenda® (liraglutide), tandis que Wegovy® et Mounjaro® restaient minoritaires au moment de l'analyse. Dans près de 70 % des cas, l'inclusion s'est faite lors de l'initiation du traitement, ce qui montre que le programme se positionne comme un accompagnement dès les premières étapes de la prise en charge.

Les résultats mettent en avant une bonne assimilation des gestes techniques (> 98 % à chaque mesure), un score moyen d'observance satisfaisant, ainsi qu'une amélioration progressive de la qualité de vie, particulièrement dans sa composante psychosociale. Cependant, des arrêts de traitement sont rapportés, souvent en lien avec des effets indésirables, le coût ou une efficacité jugée insuffisante. Enfin, la proportion de patients se déclarant en progression reste globalement élevée, mais tend à diminuer avec le temps, probablement en rapport avec les variations d'IMC observées.

Ces résultats confirment les données déjà publiées sur les agonistes des récepteurs du GLP-1. Les études internationales montrent que l'adhésion au traitement est un facteur essentiel du succès thérapeutique, mais qu'elle tend à diminuer avec le temps. Dans notre cohorte, l'observance initialement élevée pourrait être liée à l'encadrement proposé par Obesi'Care, en cohérence avec les observations rapportées dans d'autres programmes (par exemple : en diabétologie ou en oncologie).

Sur le plan de la qualité de vie, les améliorations constatées rappellent celles observées dans les essais cliniques avec le liraglutide ou le sémaglutide, où les patients mentionnent une meilleure mobilité et une diminution de la stigmatisation sociale.

Néanmoins, certains impacts négatifs persistent, en particulier sur l'image corporelle et la vie sociale, traduisant la complexité des dimensions psychologiques associées à l'obésité.

La variété des spécialités médicales impliquées dans les inclusions (endocrinologie, nutrition, médecine générale, chirurgie digestive) témoigne du caractère transversal de la prise en charge de l'obésité, en accord avec les recommandations de la HAS et de l'OMS qui insistent sur l'importance d'une approche pluridisciplinaire.

Ce travail présente plusieurs points forts.

- Il repose sur une cohorte de grande taille (près de 1000 patients validés), permettant une caractérisation précise de la population.
- Il s'agit d'une des premières évaluations en vie réelle d'un programme structuré d'accompagnement médicamenteux pour l'obésité en France.
- Les données recueillies couvrent un large spectre : observance, bon usage, qualité de vie, objectifs personnels, comorbidités.
- Le protocole standardisé (appels, auto-questionnaires, coaching LineCoaching) favorise la comparabilité des résultats entre patients.

Ce travail présente toutefois plusieurs limites. L'absence de groupe contrôle empêche de conclure que les améliorations sont uniquement liées au programme.

De plus, le nombre de répondants diminue au fil du suivi, ce qui peut introduire un biais de sélection en favorisant la participation des patients les plus motivés ou satisfaits.

Les réponses données par téléphone peuvent aussi être influencées par un biais de désirabilité sociale, certains cherchant à ne pas décevoir l'infirmier(ère).

Enfin, le suivi proposé reste limité au court et moyen terme (6 à 12 mois), ce qui restreint l'évaluation des bénéfices sur le long terme.



Une autre limite de notre analyse tient au périmètre des données disponibles. Les résultats présentés reposent uniquement sur les informations recueillies lors des appels de suivi menés par les infirmières de Patientys et sur les auto-questionnaires remplis par les patients. Pourtant, le programme Obesi'Care inclut également un accompagnement comportemental assuré par LineCoaching, avec des entretiens réalisés par des psychologues et des diététiciens, ainsi qu'un accès à une plateforme numérique.

Ces interventions, qui peuvent avoir un impact significatif sur la motivation, la qualité de vie et l'adhésion thérapeutique, n'ont pas été évaluées dans notre analyse. Leur absence limite la vision globale du programme et restreint l'interprétation des bénéfices observés. Une évaluation complémentaire intégrant les données de LineCoaching permettrait d'obtenir une image plus complète de l'expérience patient.

Malgré ces limites, l'expérience Obesi'Care met en évidence l'intérêt des actions d'accompagnement pour améliorer l'adhésion thérapeutique et enrichir l'expérience des patients. Le suivi individualisé, l'éducation au bon usage et le soutien psychosocial apparaissent comme des leviers importants pour optimiser l'efficacité des traitements médicamenteux de l'obésité. Ces résultats suggèrent que l'intégration systématique de ce type de dispositif dans le parcours de soins pourrait contribuer à de meilleurs résultats cliniques et à une meilleure qualité de vie.

À l'avenir, il serait pertinent d'évaluer le programme sur une durée plus longue, notamment au-delà d'un an, afin de mesurer la durabilité des effets observés. L'ajout d'indicateurs médico-économiques (par exemple, les coûts évités ou la diminution des hospitalisations) constituerait également un apport précieux pour démontrer sa valeur ajoutée. Enfin, la réalisation d'études comparatives randomisées permettrait de mieux isoler l'effet propre d'Obesi'Care par rapport au suivi standard.

Au-delà du programme Obesi'Care, la lutte contre l'obésité nécessite une réponse globale et cohérente des politiques de santé publique. L'accompagnement thérapeutique, bien qu'indispensable, ne peut suffire à lui seul. Il doit s'intégrer dans une stratégie nationale combinant prévention primaire (activité physique, alimentation



équilibrée, lutte contre la sédentarité), prise en charge médicale pluridisciplinaire et réduction de la stigmatisation sociale. La reconnaissance récente de l'obésité comme maladie chronique par de nombreuses institutions ouvre la voie à une meilleure organisation des parcours de soins et à une allocation renforcée de ressources.

Dans ce contexte, le développement et l'évaluation d'actions d'accompagnement comme Obesi'Care représentent un levier intéressant pour renforcer l'efficacité des traitements et améliorer durablement la qualité de vie des patients. Ces programmes répondent également aux préoccupations des autorités sanitaires françaises concernant le mésusage des analogues du GLP-1, dont la consommation détournée hors AMM a conduit à un encadrement plus strict. En accompagnant les patients sur l'observance, le bon usage et la gestion des effets indésirables, Obesi'Care contribue à sécuriser l'emploi de ces molécules et à maximiser leurs bénéfices cliniques.

Cependant, il est nécessaire de rester prudent dans l'interprétation des résultats. L'amélioration observée de la qualité de vie ou de l'état clinique peut être liée à d'autres facteurs : effets propres du traitement, suivi médical parallèle, contexte personnel et social, ou encore motivation intrinsèque du patient. De plus, l'évaluation repose sur des données déclaratives, avec les biais que cela suppose.

Ainsi, si ces programmes constituent une réponse pertinente et utile aux enjeux soulevés par les autorités sanitaires, ils ne suffisent pas à eux seuls à garantir un usage optimal des GLP-1 ni à relever l'ensemble des défis de l'obésité. Leur impact doit être analysé en complément d'autres leviers : encadrement des prescriptions, formation continue des médecins, campagnes de sensibilisation du grand public et renforcement de la recherche clinique. C'est dans cette logique intégrée qu'une prise en charge plus efficace et durable de l'obésité pourra se construire.



Conclusion

L'obésité constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Sa prise en charge s'est récemment enrichie avec l'arrivée de nouvelles options pharmacologiques, notamment les analogues du GLP-1. Si ces traitements offrent des perspectives inédites en termes de perte pondérale et d'amélioration des comorbidités, leur utilisation soulève également des défis en matière d'observance, de bon usage et de suivi des patients.

Le programme Obesi'Care s'inscrit dans ce contexte en proposant un accompagnement structuré, multidisciplinaire et centré sur le patient. L'analyse des près de 1000 patients inclus depuis son lancement montre que ce dispositif est bien accepté, avec une participation soutenue aux appels de suivi et aux auto-questionnaires. Le profil des participants — majoritairement féminin, avec un IMC élevé et des comorbidités fréquentes — reflète par ailleurs la réalité clinique de la pratique quotidienne.

Au cours du suivi, la majorité des patients rapportent une progression vers leurs objectifs personnels, une bonne observance thérapeutique et une amélioration progressive de leur qualité de vie, en particulier sur les dimensions psychosociales. Toutefois, certaines difficultés persistent, notamment concernant la régularité des prises de traitement, la gestion des effets indésirables et la stabilité de la motivation à long terme.

Ces résultats suggèrent que les programmes d'accompagnement, lorsqu'ils sont intégrés au parcours de soins, peuvent jouer un rôle essentiel. Ils contribuent à renforcer l'efficacité des prises en charge médicamenteuses, à sécuriser l'utilisation des traitements et à répondre aux préoccupations des autorités sanitaires quant aux mésusages. Toutefois, en l'absence d'un groupe contrôle ou de données équivalentes chez des patients non accompagnés, il reste difficile de mesurer la part exacte de bénéfices directement attribuables au programme.

À une échelle plus large, la diffusion de ce type de dispositif pourrait améliorer la structuration de la prise en charge de l'obésité, en complément des approches médicales, chirurgicales et comportementales. Elle soulève également la question de



leur financement et de leur reconnaissance au sein du droit commun, à un moment où la prévention et la coordination des soins deviennent des priorités majeures.

En définitive, le programme Obesi'Care illustre l'intérêt des démarches d'accompagnement innovantes pour améliorer le vécu et le suivi des patients obèses. Il constitue une base solide pour de futurs travaux visant à documenter son impact à long terme, et à affiner les stratégies nationales de lutte contre l'obésité.



Bibliographie :

1. Observatoire français d'épidémiologie de l'obésité (OFÉO). Surpoids et obésité en France : résultats 2024 [Internet]. Paris : Ligue contre l'obésité ; 2024 [cité 28 juin 2025]. Disponible sur : <https://liguecontrelobesite.org/observatoire-fofo/>
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Obésité et surpoids [Internet]. Genève : OMS ; 2024 [cité 9 juill 2025]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Ministère de la Santé et de la Prévention. Plan national de prévention et de prise en charge de l'obésité 2023-2025 [Internet]. Paris : Ministère de la Santé ; 2023 [cité 28 juin 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/plan-obesite-2023-2025>
4. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH, Schauer PR, Alberti KGMM, Zimmet PZ, et al. Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: a joint statement. Diabetes Care. 2016;39(6):861-77.
5. Davies MJ, Bergenstal R, Bode B, Kushner RF, Lewin A, Skjøth TV, et al. Efficacy of once-weekly semaglutide vs placebo as add-on to intensive behavioral therapy in adults with overweight or obesity: the STEP 3 randomized clinical trial. JAMA. 2021;325(14):1403-13.
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans les maladies chroniques. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2007.
7. Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'éducation thérapeutique du patient : un processus centré sur le patient. Rapport OMS Europe. Copenhague : OMS ; 1998.
8. Patientys. Programme Obesi'Care – brochure d'information. Paris : Patientys ; 2025.
9. France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juill 2009 [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791
10. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Obésité : causes, conséquences, prise en charge. Expertise collective [Internet]. Paris : Inserm ; 2022 [cité 9 juill 2025]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/obesite-expertise-collective/>



11. World Health Organization. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. Lancet. 2004;363(9403):157-63. doi:10.1016/S0140-6736(03)15268-3
12. The Lancet. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1990 to 2022. Lancet. 2023;401(10380):1983-2000.
13. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2025 [Internet]. London : WOF ; 2023 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur : <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2025>
14. World Health Organization (WHO). European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2022 [cité 23 févr 2025]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>
15. World Health Organization (WHO). The European health report 2018. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2018.
16. Basdevant A, Czernichow S, Borys JM. Enquête ObÉpi-Roche 2020 : épidémiologie de l'obésité en France. Paris : Fondation Roche ; 2020.
17. Santé publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2021.
18. Santé publique France. Enquête CoviPrev : évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2020 [cité 8 sept 2025]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev>
19. Czernichow S, Mouly S, Lelong H, Lahmek P, Rotenberg S. Impact of lockdown on body weight in obese patients during the COVID-19 pandemic. Clin Obes. 2021;11(2):e12412.
20. Marty L, de Lauzon-Guillain B, Labesse M, Nicklaus S. Food choice motives and the nutritional quality of diet during the COVID-19 lockdown in France. Appetite. 2021;157:105005.
21. Asterès. Obésité : le poids économique en France. Étude pour la Fondation Ramsay Santé [Internet]. Paris : Asterès ; 2024. Disponible sur : <https://www.asteres.fr>



22. Laville M, Fourcade M ; Inspection générale des affaires sociales. Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France. Rapport. Paris : Direction générale du Trésor ; avril 2023.
23. Sun Y, et al. Mechanisms of obesity-induced metabolic inflammation and insulin resistance. *Nat Rev Endocrinol*. 2022;18(7):435-52.
24. Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, le Roux CW. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. *Lancet*. 2022;399(10322):394-405.
25. Rinella ME, Lazarus JV, Ratzliff V, Sanyal AJ. NAFLD in 2023: from prevalence to public health strategy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2023;20(2):69-82.
26. Masa JF, et al. Obesity hypoventilation syndrome: review of epidemiology, pathophysiology, and treatment. *Lancet Respir Med*. 2021;9(9):943-56.
27. Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbst CH, et al. Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships. *Obes Rev*. 2020;21(11):e13128.
28. Green WD, Beck MA. Obesity impairs the adaptive immune response to influenza virus. *Ann Am Thorac Soc*. 2017;14(Suppl 5):S406-9.
29. Scott D, et al. Sarcopenic obesity: implications for physical function and frailty in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2023;39(1):89-104.
30. Escobar-Morreale HF. Obesity and endocrine dysfunction: from bench to bedside. *Trends Endocrinol Metab*. 2020;31(8):594-604.
31. Puhl RM, Himmelstein MS. Weight stigma as a psychosocial contributor to obesity. *Curr Obes Rep*. 2021;10(3):307-16.
32. Morton GJ, Meek TH, Schwartz MW. Neurobiology of food intake in health and disease. *Nat Rev Neurosci*. 2020;21(10):653-64.
33. Farooqi IS, O'Rahilly S. Genetics of obesity in humans. *Endocr Rev*. 2006;27(7):710-18.
34. Haute Autorité de Santé (HAS). Guide parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2024.



35. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JPH. Management of obesity. Lancet. 2016;387(10031):1947-56.
36. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Analogues du GLP-1 indiqués dans le traitement de l'obésité : l'ANSM fait évoluer leurs conditions de prescription et de délivrance [Internet]. Publié le 20 juin 2025 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr>
37. European Medicines Agency. Xenical (orlistat) – summary of product characteristics [Internet]. London : EMA ; 2023 [cité 10 sept 2025].
38. Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjöström L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. Diabetes Care. 2004;27(1):155-61.
39. European Medicines Agency. Orlistat-containing medicines: risk of severe liver injury [Internet]. London : EMA ; 2011 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : https://www.ema.europa.eu/en/documents/medicine-qa/questions-answers-orlistat-containing-medicines-risk-severe-liver-injury_en.pdf
40. European Medicines Agency. Saxenda 6 mg/mL solution for injection in pre-filled pen: summary of product characteristics [Internet]. London : EMA ; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/saxenda-epar-product-information_en.pdf
41. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, Greenway F, Halpern A, Krempf M, et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. N Engl J Med. 2015;373(1):11-22.
42. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck M, et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-22.
43. European Medicines Agency. Wegovy 2.4 mg solution for injection in pre-filled pen: summary of product characteristics [Internet]. London : EMA ; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/wegovy-epar-product-information_en.pdf



44. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, Lingvay I, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med*. 2021;384(11):989-1002.
45. Davies M, Færch L, Jeppesen OK, Pakseresht A, Pedersen SD, Perreault L, et al. Semaglutide 2.4 mg once a week in adults with overweight or obesity, and type 2 diabetes (STEP 2): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2021;397(10278):971-84.
46. Rubino D, Abrahamsson N, Davies M, Hesse D, Greenway FL, Jensen C, et al. Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: the STEP 4 randomized clinical trial. *JAMA*. 2021;325(14):1414-25.
47. Garvey WT, Batterham RL, Bhatta M, Buscemi S, Christensen TE, Frias JP, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. *Nat Med*. 2022;28(10):2083-91.
48. European Medicines Agency. Mounjaro 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg solution for injection in pre-filled pen: summary of product characteristics [Internet]. London : EMA ; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/mounjaro-epar-product-information_en.pdf
49. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med*. 2022;387(3):205-16.
50. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, Pérez Manghi FC, Fernández Lando L, Bergman BK, et al. Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2021;385(6):503-15.
51. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, Wharton S, Connery L, Alves B, et al. Triple-hormone-receptor agonist retatrutide for obesity – a phase 2 trial. *N Engl J Med*. 2023;389(17):1628-40.
52. Kokkorakis M. Emerging pharmacotherapies for obesity: a systematic review. *Pharmacol Rev*. 2025;77(1):1-32. doi:10.1124/pharmrev.124.000002
53. Girerd X, Le Thuaut A-L. Le scandale du Mediator® : impact médical, juridique et social. *Rev Méd Pharmacol*. 2022;33(2):45-58.



54. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the substantiation of health claims related to glucomannan and reduction of body weight. EFSA J. 2010;8(10):1798.
55. EFSA. Scientific opinion on the safety of green tea catechins. EFSA J. 2018;16(4):5239.
56. Bruneton J. Pharmacognosie : phytochimie, plantes médicinales. 5e éd. Paris : Lavoisier ; 2016.
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 23 juillet 2012 fixant la liste des substances interdites dans les préparations magistrales à visée amaigrissante. JORF. 2012 [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026250191>
58. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Avis relatif à un signalement d'effets indésirables susceptibles d'être liés à la consommation de compléments alimentaires contenant du Garcinia cambogia. Paris : ANSES ; 2024.
59. ANSES. Compléments alimentaires à visée amaigrissante : état des lieux, évaluation des risques et recommandations. Rapport ANSES. Paris : ANSES ; 2023.
60. Haute Autorité de Santé (HAS). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023.
61. Gibson D, Benabe J, Watters A, Oakes J, Mehler PS. Personality characteristics and medical impact of stimulant laxative abuse in eating disorder patients—a pilot study. J Eat Disord. 2021;9(1):146. doi:10.1186/s40337-021-00503-8
62. MacNeil BA, et al. Examining the associations between laxative use and eating disorder behaviors. J Psychosom Res. 2025; [in press].
63. Assurance Maladie. Risque de mésusage des médicaments antidiabétiques analogues du GLP-1 (aGLP-1) : de nouvelles règles de prescription et de délivrance [Internet]. Paris : Assurance Maladie ; 2025 [cité 5 août 2025]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/risque-de-mesusage-des-medicaments-antidiabetiques-analogues-du-glp1>
64. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Création d'un comité scientifique temporaire pour analyser l'usage des analogues du



GLP-1 [Internet]. Saint-Denis : ANSM ; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr>

65. ANSM. Analogues du GLP-1 et obésité : mesures pour sécuriser leur utilisation en France [Internet]. Saint-Denis : ANSM ; 2024 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr>
66. Hôpitaux Universitaires de Genève. Traitement de l'obésité : place des agonistes des récepteurs du GLP-1 et conduite à tenir à l'arrêt. Rev Med Suisse. 2024;20(878):1234-9.
67. Haute Autorité de Santé (HAS). Éducation thérapeutique du patient (ETP) : recommandations, outils et organisation. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023.
68. Code de la santé publique. Article L1161-4 [Internet]. Legifrance.gouv.fr ; mis à jour 22 août 2023 [cité 28 juin 2025]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045630190
69. Chauvin F, et al. L'éducation thérapeutique du patient en France : origines, cadres et perspectives. Rev Prat. 2012;62(7):928-32.



Annexes

Annexe 1 : Brochure à destination du patient



The brochure cover has a blue background with a large heart shape in the center. Inside the heart is a logo consisting of two interlocking circles, one green and one white, with a small heart in the middle. Below the logo, the text 'Obesi'Care' is written in white. Below this, a white rounded rectangle contains the text 'BROCHURE PATIENT'. Further down, the title 'Action d'accompagnement pour des patients en situation de surpoids ou d'obésité sous traitement médicamenteux' is written in white. Below the title, a horizontal line is followed by the text 'Au quotidien pour vous :'. Underneath, a list of services is provided: '· Accompagnement personnalisé', '· Coaching du comportement alimentaire par une Thérapie Cognitivo-Comportementale', and '· Coaching en activité physique adaptée'. At the bottom, four logos are displayed with their respective roles: 'ADIIS Association pour le Développement d'Initiatives Innovantes en Santé' (À l'initiative de), 'patientys by Concentrix' (Mis en place par), 'LineCoaching' (En partenariat avec), and 'novo nordisk' (Avec le soutien institutionnel de).

Obesi'Care

BROCHURE PATIENT

**Action d'accompagnement
pour des patients en situation
de surpoids ou d'obésité
sous traitement médicamenteux**

Au quotidien pour vous :

- Accompagnement personnalisé
- Coaching du comportement alimentaire
par une Thérapie Cognitivo-Comportementale
- Coaching en activité physique adaptée

À l'initiative de **ADIIS** Association pour le Développement d'Initiatives Innovantes en Santé

Mis en place par **patientys** by Concentrix

En partenariat avec **LineCoaching**

Avec le soutien institutionnel de **novo nordisk**



Bienvenue au sein d'Obesi'Care

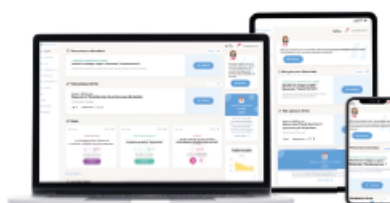
Grâce à l'action d'accompagnement Obesi'Care, vous allez pouvoir bénéficier :

D'un soutien et d'un suivi personnalisé avec des infirmier(e)s Patientys

Suivi personnalisé par des infirmier(e)s Patientys spécialement formé(e)s qui vous contactent par téléphone et vous envoient des questionnaires à compléter pour mieux vous accompagner dans le démarrage de votre prise en charge.

D'un coaching personnalisé pour une amélioration de vos comportements alimentaires et un soutien dans vos objectifs de perte de poids durables

- ◆ **LineCoaching** est une Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC) du comportement alimentaire.
- ◆ LineCoaching est un programme d'accompagnement en ligne élaboré par le **Dr Zermati Nutritionniste** et le **Dr Apfeldorfer Psychothérapeute**.
- ◆ Un **bilan complet de départ** permet de vous proposer un parcours personnalisé d'activités.



www.linecoaching.com

LineCoaching s'articule autour de 3 piliers



VOTRE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Apprendre à respecter vos sensations de faim et de satiété. Déguster et manger en pleine conscience. Travailler sur les pensées négatives qui font obstacle à une perte de poids durable.



GESTION ÉMOTIONNELLE

Comprendre les facteurs déclencheurs émotionnels et situationnels de vos prises alimentaires en excès. Travailler sur des stratégies adaptées comme la pleine conscience ou la relaxation, pour réduire le stress et l'impulsivité alimentaire.



ACTIVITÉ PHYSIQUE

Redynamiser votre corps et votre esprit et redécouvrir vos sensations corporelles. Mieux réguler vos émotions. Booster votre métabolisme basal. Dans un parcours personnalisé, accessible depuis chez soi et sans équipement nécessaire.

L'accompagnement par des coaches



SUIVI PAR LES COACHS

3 entretiens de 30 minutes avec des coaches psychologues et diététiciens formés à la TCC du comportement alimentaire



WEBINARS

Chaque semaine avec les experts
Dr Gérard Apfeldorfer
et Dr Jean-Philippe Zermati



ATELIERS PRATIQUES

Sessions hebdomadaires en direct avec un coach pour pratiquer un exercice du parcours

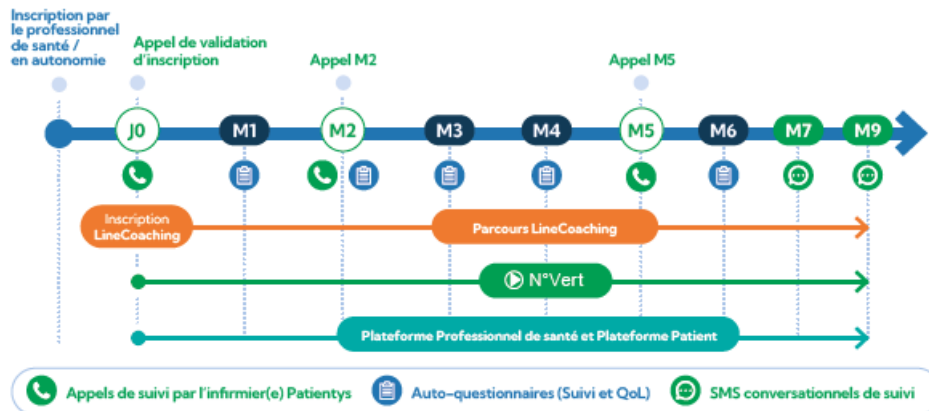
D'une plateforme en ligne personnalisée et sécurisée

- ◆ Pour visualiser vos dates de suivis et les comptes-rendus de vos appels
- ◆ Pour accéder au programme LineCoaching (lien de redirection)
- ◆ Pour compléter vos auto-questionnaires
- ◆ Pour accéder à la liste de vos professionnels de santé liés à Obesi'Care



Rendez-vous sur la page
www.obesicare-patientys.com
ou scannez le QR code ci-contre

Les étapes clés du parcours Obesi'Care



Pour toutes questions, vous pouvez contacter gratuitement les infirmier(e)s Patientys au N° Vert **0805 691 438** du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Les outils clés du dispositif d'accompagnement Obesi'Care

Moins de 5 jours après l'inscription, les infirmier(e)s Patientys vous contactent pour vous présenter l'action d'accompagnement et vous inscrire au programme LineCoaching :

Un coaching pour améliorer votre comportement alimentaire

- Un parcours en ligne avec un **apprentissage guidé**, des bilans, des activités et des défis
- Un espace d'**échange avec des experts** (webinars, ateliers, messagerie) et d'autres patients (forum d'entraide)
- **3 entretiens** avec des psychologues ou diététiciens

Un support continu

- **3 appels de suivi** par les infirmier(e)s Patientys
- Des **auto-questionnaires** permettant d'adapter votre suivi
- Des **SMS de rappel** facilitant la gestion de votre traitement
- Des **SMS conversationnels** pour prolonger votre suivi
- Vous pouvez contacter les infirmier(e)s Patientys à tout moment via le N° Vert **0805 691 438**

Un coaching d'activité physique adaptée

- Un **bilan de départ** pour évaluer votre niveau
- Un parcours de **200 vidéos** d'activités simples et courtes
- Des **défis** pour augmenter votre activité physique au quotidien

Une collaboration avec votre équipe médicale

Après chaque entretien avec les infirmier(e)s Patientys / les coaches LineCoaching, un **compte rendu de vos échanges** est transmis à votre équipe médicale

TÉMOIGNAGES PATIENTS

« Je suis satisfait de mon parcours jusqu'à présent, notamment des entretiens avec les infirmières Patientys et avec les coaches LineCoaching, ainsi que des webinars et ateliers auxquels j'ai assisté. Désormais, je me concentre mieux sur mes sensations alimentaires, sur ce que je mange et sur mon corps en général. »

« J'ai apprécié d'être accompagnée sur le suivi de mon traitement et par un coaching complet. Les exercices m'ont permis d'appréhender mon alimentation sous un nouveau jour. Pas de restriction mais on apprend à écouter son corps, découvrir la satiété, mieux gérer les envies de manger. Vraiment utile pour avancer dans la perte de poids ! On a une vraie écoute et des conseils personnalisés. »



Vous souhaitez participer à l'action d'accompagnement Obesi'Care.

La participation à l'action d'accompagnement est libre et gratuite. Le médecin reste le seul responsable de votre traitement, les infirmiers/infirmières de l'action d'accompagnement ne peuvent prendre aucune décision médicale. Tous les entretiens que vous aurez avec les infirmiers/infirmières de l'action d'accompagnement sont strictement confidentiels. Dans le cadre de notre démarche d'amélioration qualité, sauf avis contraire de votre part, vos appels avec les infirmiers/infirmières Patientys joignables sur le numéro vert dédié sont susceptibles d'être écoutés par uniquement d'autres employés de Patientys*.

Obesi'Care, à l'initiative de l'Association pour le Développement d'Initiatives Innovantes en Santé (ADIIS), est soutenu institutionnellement par le laboratoire Novo Nordisk, et mis en œuvre par la société Patientys située au 32 avenue Pierre Grenier, 92100 Boulogne-Billancourt dont le siège social se situe au 3 rue d'Héliopolis et 17/19 rue Guillaume Tell 75017 Paris, qui agit comme Tiers de confiance, en partenariat avec la société Méta-coaching editrice du programme lIneCoaching.

Pour Patientys et l'Association pour le Développement d'Initiatives Innovantes en Santé, la protection de votre vie privée est essentielle.

Vous êtes informé(e) qu'au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données du 27 avril 2016, l'ADIIS et Patientys sont co-responsables du traitement de vos données dans le cadre de l'action d'accompagnement Obesi'Care.

Vos données à caractère personnel – vos données d'identifications et vos données de santé – sont collectées et traitées dans le cadre de votre participation à l'action d'accompagnement opérée par Patientys* et afin de vous en faire bénéficier et permettre aux professionnels de santé de Patientys* d'assurer la meilleure prise en charge possible, sur le fondement de votre consentement explicite. La fourniture de ces données personnelles est nécessaire à la bonne exécution de l'action d'accompagnement auquel vous vous êtes inscrit et leur non fourniture pourrait entraîner une incapacité à ce que cette action d'accompagnement soit mise en œuvre de manière efficace.

Vous êtes également informé(e) que vos données peuvent faire l'objet d'un traitement afin de permettre la conduite d'études ou d'évaluation en santé dans le respect de la réglementation applicable, sauf opposition de votre part. Dans de tels cas, vous serez informé(e) individuellement et spécifiquement au préalable des finalités de l'étude ou de l'évaluation concernée et vous serez ainsi en mesure d'exercer en temps utiles votre droit d'opposition, si tel est votre souhait.

Vos données seront également susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de votre anonymat. Pour assurer la sécurité de vos données, nous nous engageons à ne les conserver que pour une durée strictement nécessaire à l'action d'accompagnement et pendant toute la durée de votre participation. Vos données sont hébergées par un hébergeur de données dont les serveurs sont en UE, certifié pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Dans le respect des règles relatives au secret médical, à l'échange et au partage des données de santé couvertes, les informations vous concernant sont strictement destinées à votre usage personnel ; aux membres du personnel de Patientys*, spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ; aux professionnels de santé de Patientys* ; à votre médecin prescripteur ; aux administrateurs strictement habilités de l'hébergeur de données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives ; aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés,...).

Conformément au Règlement UE 2016/679 du parlement européen, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez à moment nous demander l'accès à vos données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, leur portabilité. Vous pouvez aussi limiter ou vous opposer à leur traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement, dans ce cas, vous ne pourrez plus bénéficier des services et informations accessibles dans le cadre de l'action d'accompagnement. Sachez que le retrait de votre consentement ne portera pas atteinte à la licéité du traitement de vos données eff. actue avant le retrait de votre consentement et ne remettra pas en cause votre prise en charge habituelle.

Pour plus d'informations ou pour exercer vos droits, vous pouvez nous contacter par courriel : privacy@patientys.com ou par courrier Patientys Data Protection Officer – Délégué à la protection des Données, 3 rue d'Héliopolis et 17/19 rue Guillaume Tell 75017 Paris.

*Patientys est une société dédiée à la relation aux patients. À l'initiative des premiers dispositifs d'accompagnement, coaching ou apprentissage des patients, Patientys a développé une expertise et un savoir-faire unique en France dans le dépistage, la prévention et l'accompagnement des patients : www.patientys.com.

*ADIIS est une association de professionnels de santé qui a pour vocation de concevoir et mettre en œuvre des programmes innovants en santé humaine, dans l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, l'observance, l'apprentissage, la prévention, le bon usage des traitements ou la télémédecine pour les patients et les professionnels de santé.

Pour toutes questions, vous pouvez contacter gratuitement les infirmières Patientys au N° Vert

 **0805 691 438**

du lundi au vendredi de 9h à 18h ou via l'adresse email : obesicare@patientys.com

À l'initiative de



Mis en place par



En partenariat avec



Avec le soutien institutionnel de



Annexe 2 : Consentement


Action d'accompagnement pour des patients en situation de surpoids ou d'obésité sous traitement médicamenteux

Exemplaire à envoyer à Patientys

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

À compléter par le patient

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

N° de téléphone sur lequel Patientys peut m'appeler et envoyer des SMS :

Mon adresse mail pour recevoir les auto-questionnaires à compléter en ligne :

☐ J'accepte la réception de SMS de rappel pour la complétion des auto-questionnaires

☐ J'accepte la réception de SMS conversationnel de suivi

Souhaitez-vous informer votre médecin généraliste de votre suivi dans l'action d'accompagnement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, coordonnées :

Nom : Prénom : N° de téléphone :

Adresse :

Adresse email :

En signant ce consentement, j'accepte de bénéficier du dispositif d'accompagnement qui m'a été proposé par mon médecin prescripteur ou mon pharmacien et je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre de l'action d'accompagnement ainsi qu'à leur hébergement auprès d'un hébergeur agréé de données de santé.

Dans le cadre de la gestion de la pharmacovigilance, des incidents ou des risques d'incident pouvant résulter de l'utilisation des médicaments et dispositifs médicaux après leur mise sur le marché, PATIENTYS est susceptible de transmettre à Novo Nordisk des informations de sécurité et des données personnelles me concernant. Novo Nordisk est tenue par la loi de collecter les réclamations et les informations de sécurité concernant ses produits et, ce faisant, de protéger également mes données personnelles. Ces renseignements pourront être transmis à Novo Nordisk, A/S Danemark et aux autorités de santé.

Date et signature du patient

OBLIGATOIRE

À compléter par le professionnel de santé

☐ Médecin prescripteur ☐ Pharmacien ☐ Infirmière de coordination ☐ Diététicien

Nom : Prénom : N° de téléphone :

Adresse :

Traitement prescrit :

☐ Initiation ☐ Switch traitement, traitement précédent :

Pathologie(s) associée(s) :

Date de début de traitement : / / Date de la prochaine consultation : / /

Les comptes rendus des appels infirmiers sont à adresser à l'adresse email suivante :

Observations particulières :

Cachet du professionnel de santé

Date et signature du professionnel de santé

OBLIGATOIRE

En signant ce document, j'atteste avoir décrit le dispositif d'action d'accompagnement à mon patient qui souhaite en bénéficier

Pour toute question sur Obesi'Care, n'hésitez pas à nous contacter au N° vert gratuit  0805 691 438 du lundi au vendredi de 9h à 18h

Merci d'envoyer ce formulaire par fax au 0178 4193 93 ou par courrier via l'enveloppe T

À l'initiative de



Mis en place par



En partenariat avec



Avec le soutien institutionnel de



Responsabilités, confidentialité des informations

Vous souhaitez participer à l'action d'accompagnement OBESICARE.

La participation à l'action d'accompagnement est libre et gratuite. Le médecin reste le seul responsable de votre traitement, les infirmiers/infirmières de l'action d'accompagnement ne peuvent prendre aucune décision médicale. Tous les entretiens que vous aurez avec les infirmiers/infirmières de l'action d'accompagnement sont strictement confidentiels. Dans le cadre de notre démarche d'amélioration qualité, sauf avis contraire de votre part, vos appels avec les infirmiers/infirmières Patientys* joignables sur le numéro vert dédié sont susceptibles d'être écoutés. L'action d'accompagnement OBESICARE, soutenue institutionnellement par le laboratoire Novo Nordisk a été conçue par l'Association pour le développement d'initiatives innovantes en santé (ADIIS)* en collaboration avec un comité scientifique et est mise en œuvre par la société Patientys située au 32 avenue Pierre Grenier 92100 Boulogne-Billancourt, qui agit comme Tiers de confiance.

Pour Patientys et l'ADIIS, la protection de votre vie privée est essentielle.

Vous êtes informé(e) qu'au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement UE 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données du 27 avril 2016, l'ADIIS et Patientys sont co-responsables du traitement de vos données dans le cadre de l'action d'accompagnement OBESICARE.

Vos données à caractère personnel – vos données d'identification et vos données de santé – sont collectées et traitées dans le cadre de votre participation à l'action d'accompagnement opéré par Patientys et afin de vous en faire bénéficier et permettre aux professionnels de santé de Patientys d'assurer la meilleure prise en charge possible, sur le fondement de votre consentement explicite. La fourniture de ces données personnelles est nécessaire à la bonne exécution de l'action d'accompagnement auquel vous vous êtes inscrit et leur non-fourniture pourrait entraîner une incapacité à ce que cette action d'accompagnement soit mise en œuvre de manière efficace.

La base légale de mise en œuvre du traitement de données à caractère personnel vous concernant est votre consentement exprès (Article 9 2 h du RGPD) au traitement de vos données de santé dans le cadre de votre participation à l'action d'accompagnement OBESICARE.

LineCoaching, société partenaire de Patientys, accèdera à vos données personnelles uniquement dans le cadre de l'action d'accompagnement afin d'assurer votre suivi. Vous êtes également informé(e) que vos données peuvent faire l'objet d'un traitement afin de permettre la conduite d'études, d'évaluation en santé ou pourront être exploitées par le comité scientifique pour publication scientifique dans le respect de la réglementation applicable, sauf opposition de votre part. Dans de tels cas, vous serez informé(e) individuellement et spécifiquement au préalable des finalités de l'étude ou de l'évaluation concernée et vous serez ainsi en mesure d'exercer en temps utiles votre droit d'opposition, si tel est votre souhait.

Vos données seront également susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, dans le respect de votre anonymat.

Pour assurer la sécurité de vos données, nous nous engageons à ne les conserver que pour une durée strictement nécessaire à l'action d'accompagnement et pendant toute la durée de votre participation. Vos données sont hébergées par un hébergeur de données certifié par le ministère de la santé pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel Cis Valley. Dans le respect des règles relatives au secret médical, à l'échange et au partage des données de santé couvertes, les informations vous concernant sont strictement destinées à votre usage personnel ; aux membres du personnel de Patientys et de LineCoaching, son partenaire, spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ; aux professionnels de santé de Patientys ; à votre médecin prescripteur ; aux administrateurs strictement habilités de l'hébergeur de données de santé, au sens de l'article L1111-8 du Code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives ; aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés...).

Conformément au Règlement UE 2016/679 du parlement européen, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous pouvez à tout moment nous demander l'accès à vos données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, leur portabilité. Vous pouvez aussi limiter ou vous opposer à leur traitement et introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez également retirer à tout moment votre consentement, dans ce cas, vous ne pourrez plus bénéficier des services et informations accessibles dans le cadre de l'action d'accompagnement. Sachez que le retrait de votre consentement ne portera pas atteinte à la licéité du traitement de vos données effectué avant le retrait de votre consentement et ne remettra pas en cause votre prise en charge habituelle.

Pour plus d'informations ou pour exercer vos droits, vous pouvez nous contacter par courriel : privacy@patientys.com ou par courrier Patientys Data Protection Officer – Délégué à la protection des Données, 32 avenue Pierre Grenier 92100 Boulogne-Billancourt.

Pour Patientys et l'ADIIS, la pharmacovigilance est primordiale.

Conformément au décret n° 2011-655 du 10 juin 2011 relatif aux modalités de signalement par les patients ou les associations agréées de patients d'effets indésirables susceptibles d'être liés aux médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, vous concourez, en tant que patient, à l'exercice de la pharmacovigilance.

À ce titre, vous avez la possibilité, lorsque vous constatez un effet indésirable dû à un médicament qui vous a été prescrit, d'adresser un signalement aux autorités sanitaires sur le site www.signalement-sante.gouv.fr.

*Patientys est une société dédiée à la relation aux patients. A l'initiative des premiers dispositifs d'accompagnement, coaching ou apprentissage des patients, Patientys a développé une expertise et un savoir-faire unique en France dans le dépistage, la prévention et l'accompagnement des patients : www.patientys.com

**ADIIS est une association de professionnels de santé qui a pour vocation de concevoir et mettre en œuvre des programmes innovants en santé humaine, dans l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, l'observance, l'apprentissage, la prévention, le bon usage des traitements ou la télémédecine pour les patients et les professionnels de santé.

Pour toutes questions, vous pouvez contacter gratuitement les infirmières Patientys au N°Vert 0805 691 438
du lundi au vendredi de 9h à 18h ou via l'adresse email : obesicare@patientys.com

FR250800245 - Juillet 2025

À l'initiative de



Mis en place par



En partenariat avec



Avec le soutien institutionnel de



Annexe 3 : Serment de Galien

SERMENT DE GALIEN



En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité. En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels ;
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;
- De coopérer avec les autres professionnels de santé.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date :

Signature de l'étudiant(e) et du Président du jury

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2024/2025

Nom : LEGGHE

Prénom : Camille

Titre de la thèse : Description de l'action d'accompagnement OBESI'CARE chez les patients en situation d'obésité sous traitement médicamenteux

Mots-clés : obésité – analogues du GLP-1 – accompagnement des patients – éducation thérapeutique – dispositif Obesi'Care – santé publique.

Résumé :

L'obésité représente un défi majeur de santé publique, dont la prise en charge s'est récemment élargie avec l'arrivée des traitements par analogues du GLP-1. Ces nouvelles thérapeutiques nécessitent cependant un suivi renforcé afin d'assurer leur efficacité, leur sécurité et leur bon usage. Le programme Obesi'Care, mis en place en France, illustre cette dynamique en proposant un accompagnement structuré combinant suivi infirmier, coaching comportemental et outils numériques. L'analyse des dossiers de près de 1000 patients inclus montre une population majoritairement féminine, d'âge moyen de 47 ans, souvent avec comorbidités associées. Les résultats témoignent d'une bonne observance, d'une progression des patients vers leurs objectifs personnels, et d'une amélioration progressive de la qualité de vie. Obesi'Care apparaît ainsi comme un modèle innovant d'action d'accompagnement, répondant aux attentes des patients et aux préoccupations des autorités sanitaires, et pouvant inspirer de futures stratégies de santé publique dans la lutte contre l'obésité.

Membres du jury :

Président & Directrice de thèse : LEHMANN Hélène, Maître de Conférences des Universités Habilitée à diriger des recherches (MCU HDR) – Département de pharmacie – UFR 3S de l'Université de Lille

Assesseur : CUVELIER Elodie, Pharmacien Maître de conférences des universités – praticien hospitalier (MCU-PH), Laboratoire de pharmacologie, pharmacie clinique et pharmacocinétique – Département de pharmacie – UFR3S de l'Université de Lille et CHU de Lille

Membre extérieur : TIFOUN Ouerdia, Pharmacien et Thoracic Oncology Medical advisor, Bristol Myers Squibb