

FICHE PRATIQUE

Agonistes des récepteurs du GLP1 (AR-GLP1) et GIP-GLP1 pour le cardiologue

1^{er} juin 2026

Auteurs : C. Bergerot, L. Groisne, F. Dievart, P. Valensi (Groupe Cœur, Vaisseaux et Métabolisme de la SFC)
Liens d'intérêt avec Novonordisk et Lilly pour les quatre auteurs

RAPPEL DES AMM POUR LES ADULTES

- **AMM Diabète 2**

Traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique :

- En monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications
- En association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète

- **AMM Obésité**

En complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial de :

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obésité)
- Ou $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ et $< 30 \text{ kg/m}^2$ (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids tel qu'une dysglycémie (prédiabète ou diabète de type 2), une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil ou une maladie cardiovasculaire

Il n'y a pas d'AMM spécifique en prévention cardiovasculaire secondaire (en Europe) ni pour l'insuffisance cardiaque. De plus, **L'AMM ne préjuge pas des conditions de remboursement par l'Assurance maladie, conditions détaillées plus loin dans le chapitre sur les TMO.**

A. POURQUOI UNE FICHE PRATIQUE POUR LE CARDIOLOGUE ?

1. Parce qu'il existe des preuves d'un bénéfice cardiovasculaire

a. Chez les patients ayant un diabète de type 2

- **Bénéfice cardiovasculaire prouvé avec les AR-GLP1 injectables**

Les études **LEADER** (liraglutide 1,8 mg), **SUSTAIN-6** (sémaglutide 1 mg) et **REWIND** (dulaglutide 1,5 mg) ont démontré une réduction significative du **3P-MACE** (décès CV, IDM et AVC non fatals), plus marquée en prévention secondaire, prouvant un bénéfice au-delà du simple contrôle glycémique¹⁻⁶. Le **tirzépatide** 15 mg, double agoniste GIP – GLP1 hebdomadaire a démontré sa non-infériorité sans démonstration de supériorité par rapport au dulaglutide 1,5 mg hebdomadaire⁷.



- **Bénéfice cardiovasculaire prouvé avec la forme orale du sémaglutide 14 mg**

L'étude **SOUL** a montré que le sémaglutide oral 14 mg/jour réduisait également le risque de **3P-MACE chez des patients en prévention secondaire et/ou ayant une maladie rénale chronique**, offrant une alternative orale pour les patients réticents aux injections⁸. Cette formulation n'est pas disponible en France à date actuelle (juin 2026).

- **Bénéfice rénal du sémaglutide 1 mg chez les patients avec maladie rénale chronique**

En 2025, l'étude **FLOW** a démontré un **bénéfice rénal** du sémaglutide chez les patients ayant un diabète de type 2 avec maladie rénale chronique modérée à sévère⁹. Ce bénéfice s'ajoute aux effets cardiovasculaires, renforçant l'intérêt de cette classe thérapeutique dans ces populations à haut risque.

- **Bénéfice sur l'augmentation significative du périmètre de marche à 1 an dans l'artérite oblitérante des membres inférieurs symptomatique avec le sémaglutide 1 mg contre placebo dans l'étude STRIDE¹⁰.**

Chez les patients diabétiques de type 2 à haut risque ou très haut risque cardiovasculaire, les sociétés savantes recommandent l'usage des AR-GLP1 avec un changement de paradigme majeur sur la protection cardiovasculaire et ce, indépendamment de l'HbA1c^{6,11,12}.

- b. Chez les patients en situation de surpoids / obésité avec IMC ≥ 27 kg/m² en prévention cardiovasculaire secondaire

- **Sémaglutide 2,4 mg**

Le sémaglutide 2,4 mg hebdomadaire réduit de **20 % le risque de 3P-MACE** chez les patients **non diabétiques** avec un IMC ≥ 27 kg/m² ayant une maladie athéromateuse établie¹³. Ce résultat ouvre la voie à une utilisation élargie des AR-GLP1 indépendamment de l'HbA1c, en respectant l'AMM⁶. Une étude similaire avec le tirzépatide (SURMOUNT-MMO) est en cours (5P-MACE), résultats attendus pour 2027¹⁴.

2. Parce que les besoins de santé publique sont mal couverts

En France, la prise en charge des **4 millions de patients diabétiques de type 2** implique plusieurs acteurs médicaux, dont **82 287 médecins généralistes, 6 348 cardiologues, 1 865 endocrinologues, 1 700 néphrologues et 1 249 médecins vasculaires**¹⁹. Les cardiologues ont intégré les **inhibiteurs des SGLT2** dans leur pratique, mais les **AR-GLP-1 restent sous-prescrits** : seulement **25 à 35 % des patients éligibles** en reçoivent^{20,21}.

Plusieurs facteurs expliquent cet écart :

- **L'inertie thérapeutique** où les habitudes de prescription peinent à évoluer malgré les preuves scientifiques
- **Le mode d'administration injectable**, qui renvoie souvent à une image de complexité ou de spécialité
- **Les pénuries passées (2023-2024)**, qui ont limité l'accès à ces traitements et créent une réticence persistante chez certains prescripteurs

3. Parce que le cardiologue a un rôle à jouer

Seuls 10 à 15 % des **4 millions de patients ayant un diabète de type 2 en France** sont suivis par un diabétologue.

Un tiers de ces mêmes 4 millions de patients présente une maladie cardiovasculaire et consultera un cardiologue au moins une fois au cours de sa vie²². Certains patients ne sont vus qu'une seule fois, chaque cardiologue en croquera beaucoup au fil de sa pratique. Son rôle est donc **essentiel** pour que les patients puissent avoir la **meilleure prévention cardiovasculaire possible**, partie intégrante des missions du cardiologue.

De même, l'impact sanitaire et cardiovasculaire de l'obésité (18 % de la population adulte française) représente un vrai défi de santé publique. Dans ce cadre, **l'utilisation des AR-GLP1 / AR-GIP-GLP1 dans l'obésité est prise en charge sous conditions au titre de la solidarité nationale depuis le 15 juin 2026** (cf. infra). Si le **cardiologue n'a pour le moment pas la possibilité d'initier le traitement dans cette indication remboursée**, il doit néanmoins être un acteur



sensibilisé et impliqué dans ce type de prise en charge, et en connaître les clés.

La collaboration avec les médecins généralistes et les endocrinologues est essentielle pour les situations de diabète de type 2 complexe (insulinotraité, déséquilibré, multicompliqué...) et avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité selon le parcours HAS / GCC-CSO^{23,24}.

B. COMMENT FAIRE EN PRATIQUE CHEZ UN PATIENT AYANT UN DIABÈTE DE TYPE 2 ?

- **Toujours associer les modifications du mode de vie.**
Associer à la metformine si pas de contre-indication / intolérance
- Les **bénéfices métaboliques** attendus sont supérieurs à ceux des ISGLT2 (AR-GLP1 : perte 2 à 7 kg, baisse de 0.8 à 1.9 % pour l'HbA1c, AR-GIP/GLP1 (tirzépatide) perte de 7 à 11 kg, baisse de 2 à 2,3 % d'HbA1c chez les patients DT2)^{6,25}.
- **Agonistes des récepteurs du GLP1** : avoir recours aux molécules ayant démontré un bénéfice en prévention cardiovasculaire
 - Dulaglutide (TRULICITY®) (0,75-1,5-3-4,5 mg) en injection SC hebdomadaire, paliers mensuels
 - Sémaglutide (OZEMPIC®) (0,25-0,5-1 mg) en injection SC hebdomadaire, paliers mensuels
 - Liraglutide (VICTOZA®) en injection sc quotidienne ; ne sera plus commercialisé en décembre 2026.
L'association d'insuline ultralente dégludec + liraglutide dans le même stylo n'est pas concernée pour l'instant.
- **Double agoniste des récepteurs GIP-GLP1**
Tirzépatide (MOUNJARO®) (2,5-5-7,5-10-12,5-15 mg), en injection SC hebdomadaire, paliers mensuels, a l'AMM pour le diabète de type 2 et remboursé à partir du 15/06/2026, en seconde ou troisième intention en cas de diabète insuffisamment contrôlé :
 - En bithérapie avec la metformine
 - En trithérapie avec la metformine et un sulfamide hypoglycémiant
 - En trithérapie avec la metformine et une insuline basaleInitiation possible par tout médecin en alternative aux autres AR-GLP1, mais il est nécessaire de considérer un coût plus élevé dans la balance (cf. tableau des prix).
- **Pas d'AMM dans le diabète de type 1**
- **Éducation au stylo** nécessaire par le prescripteur, avec relai par le pharmacien
- **Remplir le formulaire à l'initiation**
- **Ne pas associer à un inhibiteur des DPP4** (sitagliptine, vildagliptine, saxagliptine) et les arrêter si en cours
- Respecter la **titration mensuelle** et manger lentement et peu gras afin de diminuer les risques d'intolérance digestive
- Les AR-GLP1 et AR-GIP-GLP1 n'entraînent pas d'hypoglycémies mais **peuvent majorer le risque d'hypoglycémies des traitements du diabète de type 2 comportant un risque d'hypoglycémie.**
Si HbA1c < 7 % : diminuer progressivement les doses d'insuline de 10-20 % au fur et à mesure de la titration ; pour les sulfamides hypoglycémiants et les glinides, diminuer la dose de moitié à l'introduction puis les stopper quand la pleine dose de AR-GLP1 ou GIP-GLP1 est atteinte.
- Peuvent être introduits si DFG ≥ 15 ml/min/1.73m²



C. EN CAS D'UTILISATION COMME TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'OBÉSITÉ (TMO)

Les éléments clés résument la prise de position du Groupe de Concertation et de Coordination des Centres Spécialisés de l'Obésité (GCC-CSO)²³. Les documents médecins et patients sont disponibles sur www.obesitefrance.fr.

- **AMM européenne** : prescription de **2^e intention, au long cours**, en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique, pour le contrôle du poids chez les adultes ayant :
 - Une obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$)
 - Ou un surpoids ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$) associé à au moins une comorbidité liée au poids = prédiabète ou DT2, hypertension, dyslipidémie, syndrome d'apnées obstructives du sommeil ou maladie cardiovasculaire

Le groupe de travail GCC-CSO s'est positionné pour une utilisation en 2^e intention de façon privilégiée chez les patients atteints d'obésité dont la sévérité est de niveau 2 ou 3 telle que définie par la HAS²⁴.

- Traitements disponibles, tous en **injection sous-cutanée** :
 - Liraglutide (SAXENDA®) (0,6-1,2-1,8-2,4-3 mg/j, paliers hebdomadaires)
 - Sémaglutide (WEGOVY®) (0,25-0,5-1-1,7-2,4 mg/sem, paliers mensuels)
 - Tirzépate (MOUNJARO®) (2,5-5-7,5-10-12,5-15 mg/sem, paliers mensuels)

- **Conditions de remboursement WEGOVY® et MOUNJARO® à partir du 15 juin 2026**, uniquement sous condition pour l'indication obésité : $\text{IMC} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ ou $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec au moins une comorbidité selon la longue liste du JO non exhaustive (diabète type 2, HTA, SAS, MASH, etc.) n'incluant cependant pas les termes de « coronaropathie » ou « insuffisance cardiaque »

Prescription initiale **réservée aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité de niveaux de recours 2 et 3**, à savoir :

- Les médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition (spécialité EDN ou anciennement EDMM), médecins compétents en nutrition (médecin titulaire d'un DESC, d'une FST appliquée ou d'une VAE nutrition), chirurgiens bariatriques titulaires du DIU de chirurgie de l'obésité exerçant dans les structures suivantes :
 - Un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO)
 - Une structure de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) mention « gastro-entérologie, endocrinologie, diabétologie, nutrition »
 - Un CHU
- Les médecins experts impliqués dans la prise en charge de l'obésité suivants :
 - Les médecins coordinateurs de Parcours Coordonné Renforcé (PCR) « Obésité complexe »
 - Les médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition (spécialité EDN ou anciennement EDMM). Dans ce cas, le prescripteur doit exercer en lien avec un CSO. La formalisation de ce lien avec un CSO passe par l'existence d'une charte entre le spécialiste en endocrinologie et le CSO ou par une activité médicale en cours (au moins partielle) en CSO.

Formulaire préalable à remplir.

- Hors remboursement : prescription possible **par tout médecin** en complément d'un accompagnement du patient par un professionnel de santé compétent en nutrition (endocrinologue (EDN), diététiciens ou médecins nutritionnistes) en respectant les AMM
- La prescription des TMO doit s'intégrer dans un parcours global de prise en charge de l'obésité avec dépistage des complications de l'obésité et conseils de modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV)
- Expliquer les mécanismes d'action, les pertes de poids attendues à 1 an = liraglutide 8 %, sémaglutide 15 %, tirzépate 15 à 21 %
- À arrêter **si échec de perte de poids** :



- Les TMO doivent être interrompus en cas d'échec, défini par une perte de poids < 5 % après 6 mois, l'absence de maintien de la perte pondérale, une reprise de poids, une incapacité à modifier durablement ses comportements, ou une aggravation des comorbidités.
- Saxenda® doit être interrompu si la perte de poids est < 5 % après 3 mois à la dose de 3 mg/jour.
- Avant le début du traitement, dépister un **trouble du comportement alimentaire** (TCA), qui pourrait le contre-indiquer.
- **Contraception** efficace. Avant de débuter une grossesse, arrêter le liraglutide 1 semaine avant, le tirzépate 1 mois avant et le sémaglutide 2 mois avant.
- **Bilan nutritionnel au départ** si patient à risque de dénutrition ou de plus de 70 ans ou ayant des antécédents de chirurgie bariatrique ou des signes de carence ou une neuropathie diabétique ou une insuffisance cardiaque :
 - NFP, ionogramme, CRP, coefficient de saturation, ferritine, clairance de la créatinine (CKD-EPI), albuminémie, calcémie, vitamine B9 et B12
 - Prescrire une supplémentation polyvitaminique pendant 6 mois, 1 cp/j
- Même vigilance comme chez le patient ayant un DT2 si antécédent de **lithiase biliaire ou de pancréatite aiguë**.
- Les **TMO réduisent de 30 % les apports alimentaires** en réduisant la faim, en accélérant le rassasiement, et en ralentissant la vidange gastrique. La perte musculaire correspond à 25 % de la perte de poids et doit être prévenue par des exercices en endurance et résistance.
- S'assurer d'un **apport protéique** d'au moins 60 g/j, d'apports énergétiques d'au moins 1200-1500 kcal/j, alimentation variée riche en nutriments, répartis sur au moins 2 repas/j, manger en au moins 20 min. Bien s'hydrater > 1.5 l/j.
- **Suivi pondéral obligatoire** à 3-6-12 mois au départ.
- **Alerte si perte de poids > 10 % à 3 mois et > 20 % à 6 mois** = requiert une réduction de dose voire un arrêt transitoire ou définitif + supplémentation polyvitaminique (1cp /j), et AUDC (CHOLURSO® 500 mg 1 cp/j) pour prévenir la lithiase biliaire. Dépister un TCA.
- Maintenir la dose **au long cours** qui a permis d'arriver au plateau pondéral. **Si arrêt du TMO, reprise de 70 % du poids** dans l'année qui suit.
- Si vomissements majeurs : Vit B1 en IV, et penser à la pancréatite aiguë.
- Méfiance si aphagie : trouble du comportement alimentaire restrictif ?
- Le choix des molécules est orienté par les **complications associées** :
 - En cas d'insuffisance cardiaque à FEVG préservée privilégier sémaglutide et tirzépate.
 - Si FEVG réduite et en présence d'une maladie athéromateuse privilégier le sémaglutide.

D. PRISE EN CHARGE DES EFFETS INDÉSIRABLES

- **Troubles digestifs (15-20 % des patients)** : diarrhée, constipation, gaz, douleurs abdominales, nausées, vomissements. Cela nécessite une titration progressive pour réduire ce risque. Ils s'atténuent avec le temps. Ils nécessitent parfois de revenir au palier de dose précédent, ou de stopper le traitement au moins 15 jours et le reprendre à la plus faible dose ou de changer de molécule. Parfois l'arrêt définitif est nécessaire (5-10 % des cas). L'éducation et l'information du patient sont cruciales pour limiter ces effets et leurs conséquences.
- **Perte d'appétit** : méfiance si sujet à risque de dénutrition, surtout sujet âgé. Ne pas introduire si patient dénutri ou



l'arrêter si une dénutrition apparaît ou si réduction drastique des apports.

- **Risque de lithiase biliaire** : profiter de l'échographie hépatobiliaire souvent indiquée dans le DT2 ou de l'obésité (stéatose). Si lithiase biliaire symptomatique, la prendre en charge avant introduction. Discuter acide ursodésoxycholique (AUDC) si lithiase asymptomatique (CHOLURSO® 500 mg 1 cp/j par exemple).
- Être **vigilant si ATCD de pancréatite aiguë** avant introduction : peser la balance bénéfices-risques. Avis endocrino-diabétologique
- **Prudence si gastroparésie** (complication du diabète correspondant à une lenteur de la vidange gastrique avec sensation de pesanteur) car peut être aggravée et précautions avant anesthésie générale pour réduire le risque d'inhalation (pas d'arrêt systématique en préopératoire mais l'anesthésiste recherchera les signes cliniques d'estomac plein, +/- échographie gastrique préopératoire si besoin, +/- induction rapide).
- **Décaler l'introduction si rétinopathie** (non proliférante modérée/sévère ou proliférante) : attendre la stabilisation après traitement et l'accord de l'ophtalmologue. Une diminution rapide et intense de la glycémie peut aggraver une rétinopathie.
- **Interrompre le traitement si suspicion de NOIA-NA** 1/10000 (névrite optique ischémique antérieure aiguë non artéritique). Si BAV brutale, stopper le traitement et examen OPH urgent.
- Effet tachycardisant modeste (4-5 bat/min).
- **Arrêter transitoirement ou ne pas introduire si instabilité cardiaque sévère** à l'arrivée enUSIC²⁶.

E. CONTRE-INDICATION : GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Avant de débiter une grossesse, penser à stopper le liraglutide une semaine avant, le dulaglutide et le tirzépatide un mois avant, le sémaglutide deux mois avant.

F. TABLEAU DES PRIX TTC MENSUELS au 15 juin 2026 (arrondis à l'unité euro inférieure, sans les centimes)

Diabète de type 2						
Dulaglutide (TRULICITY®)	0.75 mg 81€	1.5 mg 80€	3.0 mg 79€	4.5 mg 79€	-	-
Sémaglutide (OZEMPIC®)	0.25 mg 77€	0.5 mg 77€	1.0 mg 77€	-	-	-
Tirzépatide (MOUNJARO®)	2.5 mg 176€	5.0 mg 237€	7.5 mg 335€	10.0 mg 335€	12.5 mg 433€	15 mg 433€
Obésité						
Liraglutide (SAXENDA®)*	0.6 mg Prix libre	1.2 mg Prix libre	1.8 mg Prix libre	2.4 mg Prix libre	3.0 mg Prix libre	-
Sémaglutide (WEGOVY®)	0.25 mg 146€	0.5 mg 146€	1.0 mg 146€	1.7 mg 169€	2.4 mg 195€	-
Tirzépatide (MOUNJARO®)	2.5 mg 176€	5.0 mg 237€	7.5 mg 335€	10.0 mg 335€	12.5 mg 433€	15 mg 433€

* non remboursé



BIBLIOGRAPHIE

1. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JFE, Nauck MA, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016;**375**:311–322.
2. Marso SP, Bain SC, Consoli A, Eliaschewitz FG, Jódar E, Leiter LA, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016;**375**:1834–1844.
3. Gerstein HC, Colhoun HM, Dagenais GR, Diaz R, Lakshmanan M, Pais P, et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2019;**394**:121–130.
4. Stefanou M-I, Theodorou A, Malhotra K, Aguiar de Sousa D, Katan M, Palaiodimou L, et al. Risk of major adverse cardiovascular events and stroke associated with treatment with GLP-1 or the dual GIP/GLP-1 receptor agonist tirzepatide for type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Eur Stroke J* 2024;**9**:530–539.
5. Lee MMY, Sattar N, Pop-Busui R, Deanfield J, Emerson SS, Inzucchi SE, et al. Cardiovascular and Kidney Outcomes and Mortality With Long-Acting Injectables and Oral Glucagon-Like Peptide 1 Receptor Agonists in Individuals With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials. *Diabetes Care* 2025;**48**:846–859.
6. Darmon P, Bauduceau B, Bordier L, Detournay B, Dupuy O, Gourdy P, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements de l'hyperglycémie dans le diabète de type 2 – 2025. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2025;**19**:630–662.
7. Nicholls SJ, Pavo I, Bhatt DL, Buse JB, Del Prato S, Kahn SE, et al. Cardiovascular Outcomes with Tirzepatide versus Dulaglutide in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2025;**393**:2409–2420.
8. McGuire DK, Marx N, Mulvagh SL, Deanfield JE, Inzucchi SE, Pop-Busui R, et al. Oral Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in High-Risk Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2025;**392**:2001–2012.
9. Perkovic V, Tuttle KR, Rossing P, Mahaffey KW, Mann JFE, Bakris G, et al. Effects of Semaglutide on Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2024;**391**:109–121.
10. Bonaca MP, Catarig A-M, Houliand K, Ludvik B, Nordanstig J, Ramesh CK, et al. Semaglutide and walking capacity in people with symptomatic peripheral artery disease and type 2 diabetes (STRIDE): a phase 3b, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2025;**405**:1580–1593.
11. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. *European Heart Journal* 2023;**44**:4043–4140.
12. HAS. Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2
13. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM, Deanfield J, Emerson SS, Esbjerg S, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. *N Engl J Med* 2023;**389**:2221–2232.
14. Lam CSP, Rodriguez A, Aminian A, Ferrannini E, Heerspink HJL, Jastreboff AM, et al. Tirzepatide for reduction of morbidity and mortality in adults with obesity: rationale and design of the SURMOUNT-MMO trial. *Obesity (Silver Spring)* 2025;**33**:1645–1656.
15. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA, Butler J, Rasmussen S, Davies M, et al. Semaglutide in Patients with Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity. *N Engl J Med* 2023;**389**:1069–1084.
16. Kosiborod MN, Petrie MC, Borlaug BA, Butler J, Davies MJ, Hovingh GK, et al. Semaglutide in Patients with Obesity-Related Heart Failure and Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2024;**390**:1394–1407.
17. Packer M, Zile MR, Kramer CM, Baum SJ, Litwin SE, Menon V, et al. Tirzepatide for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction and Obesity. *N Engl J Med* 2025;**392**:427–437.
18. Køber L, Adamo M, Ruwald A-C, Tomasoni D, Anderson LJ, Andersson C, et al. 2026 ESC Guidelines for the management of heart failure. *Eur Heart J* 2026;ehag100.
19. Arnault F. Atlas de la démographie médicale 2025
20. Schernthaner G, Shehadeh N, Ametov AS, Bazarova AV, Ebrahimi F, Fasching P, et al. Worldwide inertia to the use of



cardiorenal protective glucose-lowering drugs (SGLT2i and GLP-1 RA) in high-risk patients with type 2 diabetes. *Cardiovasc Diabetol* 2020;**19**:185.

21. Lim C-E, Pasternak B, Eliasson B, Danaei G, Ueda P. Use of sodium–glucose co-transporter 2 inhibitors and glucagon-like peptide-1 receptor agonists according to the 2019 ESC guidelines and the 2019 ADA/EASD consensus report in a national population of patients with type 2 diabetes. *European Journal of Preventive Cardiology* 2023;**30**:634–643.
22. Darmon P, Meyer L, Jubin L. CAPTURE : une étude transversale sur la prévalence des maladies cardiovasculaires chez les adultes présentant un diabète de type 2 en 2019 dans 13 pays sur cinq continents – résultats en France. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2022;**16**:72–79.
23. Aron-Wisnewsky J, Tatulashvili S, Segrestin B, Bétry C, Achamrah N, Gatta-Chérifi B, et al. Prise de position du GCC-CSO sur les traitements médicamenteux de l'obésité (TMO) chez l'adulte et leur accompagnement en pratique. *Médecine des Maladies Métaboliques* 2025;**19**:597–628.
24. HAS. Guide du parcours de soins surpoids et obésité de l'adulte
25. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, Pérez Manghi FC, Fernández Landó L, Bergman BK, et al. Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2021;**385**:503–515.
26. Henry P, Jacqueminet S, Lemesle G, Prevost G, Boccara F, Cosson E, et al. Management of diabetes in patients hospitalized for acute cardiac events: Joint position paper from the French Society of Cardiology and the French-speaking Diabetes Society. *Diabetes Metab* 2025;**51**:101645.

