

Traitement de l'obésité (TMO)

HAS : prescription de 2e intention

AMM : En complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique, pour le contrôle du poids chez les adultes présentant :

- Une obésité (IMC ≥ 30 kg/m²)
- Ou un surpoids (IMC ≥ 27 kg/m²) associé à au moins une comorbidité liée au surpoids (pré-diabète ou diabète / HTA / dyslipidémie / SAS / MCV)

Remboursement (WEGOVY®, MOUNJARO®) dès le 15/06/2026

- Si IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² + au moins 1 comorbidité
- Prescription limitée aux médecins impliqués niveaux 2 et 3 HAS
- Formulaire préalable

Traitements disponibles

- **Liraglutide** (SAXENDA®) (0,6-1,2-1,8-2,4-3 mg) / j (non remb.)
- **Sémaglutide** (WEGOVY®) (0,25-0,5-1-1,7-2,4 mg) inj SC (remb.) hebdomadaire
- **Tirzépatide** (MOUNJARO®) (2,5-5-7,5-10-12,5-15 mg) inj SC hebdomadaire (remb.)

Pertes de poids moyennes attendues

Liraglutide 8 % / Sémaglutide 15% / Tirzépatide 15-21%

Bilan nutritionnel initial

Si > 70 ans, insuffisant cardiaque, à risque de dénutrition

➤ Prescrire polyvitamines pendant 6 mois

- Discuter arrêt si échec perte de poids
- Suivi pondéral 3, 6 et 12 mois
- Alerte si perte de poids excessive

$\geq 10\%$ 3 mois $\geq 20\%$ 6 mois

Risque de lithiase biliaire ou de dénutrition majoré +++

➤ Prescrire polyvitamines et AUCD

➤ Diminuer la dose ou parfois le stopper

- Prévenir la perte musculaire par exercice +++
- Apports protéiques suffisants ≥ 60 g/j
- Maintenir la dose du plateau pondéral
- Si vomissements intenses :

➤ Vitamine B1 en IV + éliminer pancréatite aiguë

Médecine Mal Métaboliques 2025;19:597-628 ; HAS, guide du parcours de soins surpoids et obésité de l'adulte - https://www.has-sante.fr/jcms/p_3408871/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-de-l-adulte

En pratique

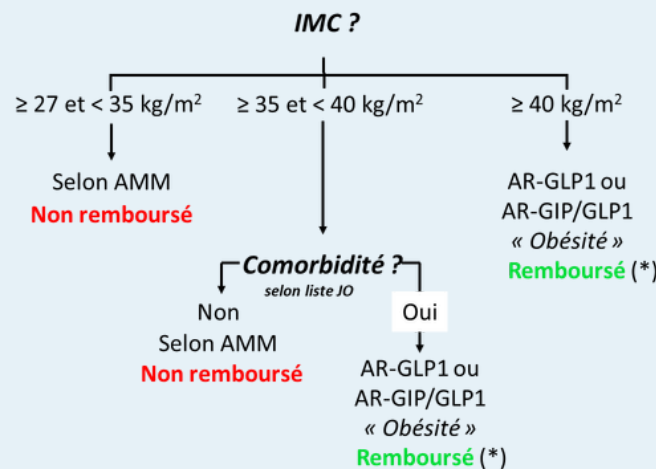
Dans le diabète de type 2

- Évaluation du risque CV / prévention secondaire ?
- Prioriser traitements pronostiques dont AR-GLP1 et/ou iSGLT2
- Contrôle glycémique

➤ Prise de position SFD 2025

Médecine Mal Métaboliques 2025;19:630-662.

Dans l'obésité



(*) Prescription initiale réservée aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de l'obésité de niveaux de recours 2 et 3

Prix pratiqués en juin 2026 (mensuel)

Dulaglutide		Sémaglutide		Tirzépatide	
Diabète type 2	Obésité	Diabète type 2	Obésité	Diabète type 2	Obésité
0.75 mg 81€	-	0.25 mg 77€	0.25 mg 146€	2.5 mg 176€	2.5 mg 176€
1.5 mg 80€	-	0.5 mg 77€	0.5 mg 146€	5.0 mg 237€	5.0 mg 237€
3.0 mg 79€	-	1.0 mg 77€	1.0 mg 146€	7.5 mg 335€	7.5 mg 335€
4.5 mg 79€	-		1.7 mg 169€	10.0 mg 335€	10.0 mg 335€
			2.4 mg 195€	12.5 mg 433€	12.5 mg 433€
				15 mg 433€	15 mg 433€

Réalisé par : C. Bergerot (cardiologue), L. Groisne (diabétologue), F. Dievert (cardiologue), P. Valensi (diabétologue)
Pour le Groupe Cœur, Vaisseaux et Métabolisme de la SFC

FICHE PRATIQUE

AGONISTES DES RÉCEPTEURS GLP1 POUR LE CARDIOLOGUE

Pourquoi une fiche ?

La situation dans le DT2

- Sous-utilisation dans l'indication prévention cardiovasculaire
- Moins d'un patient éligible sur 3 en reçoit

Pourquoi si peu ?

- Les habitudes de prescription peinent à évoluer
- Mode injectable, renvoie à une image de complexité
- Pénuries passées (2023-2024)
- Formulaire d'accompagnement depuis juin 2024

La situation dans l'obésité

- Accès précoce 2022-2023 pour les AR-GLP1
- Prescription non remboursée possible dès octobre 2024
- Remboursement sous conditions depuis juin 2026 (cf. infra)

Les effectifs

Population française :

- 4M de diabétiques de type 2
- 30% prévalence surpoids
- 17% en situation d'obésité
- 82 287 généralistes
- 6 348 cardiologues
- 1 865 endocrinologues
- 1 700 néphrologues
- 1 249 médecins vasculaires

Enquête Obepi-Roche 2020 - Arnault F. Atlas de la démographie médicale 2025.

Objectifs

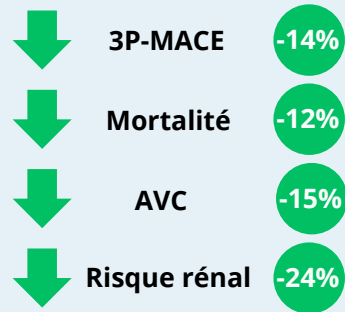
- Sensibiliser les cardiologues à l'usage de la classe des AR-GLP1
- Appropriation des règles simples de bon usage
- Rôle de prévention cardiovasculaire pour le bénéfice du patient
- Connaître les indications et les règles de prescription des traitements médicaux de l'obésité (TMO)

Preuves sur les événements cliniques

• Diabète de type 2 (DT2)

+ **haut ou très haut** risque cardiovasculaire

Liraglutide 1,8 mg (1), sémaglutide 1 mg (2,3), dulaglutide 4,5 mg (4), tirzépate 15 mg (5*)



(6,7)

Indépendamment de la présence d'un iSGLT2 (8)

Quelle que soit l'HbA1c (9)

(1) N Engl J Med 2016;375:311-322 ; (2) N Engl J Med 2016;375:1834-1844 ; (3) N Engl J Med 2024;391:109-121 ; (4) Lancet 2019;394:121-130 ; (5) N Engl J Med 2025;393:2409-2420 (*)=non-infériorité mais pas de supériorité au dulaglutide 1,5 mg ; (6) Eur Stroke J 2024 Sep;9(3):530-539 (7) Diabetes Care 2025;48:846-859 (8) Diabetes Obes Metab. 2025;27:6032-6038 ; (9) Prise de position SFD 2025 DOI 10.1016/j.mmm.2025.10.002

• Non diabétiques IMC ≥ 27

Avec antécédent d'ASCVD (prévention secondaire)

Sémaglutide 2,4 mg (1)



(1) N Engl J Med 2023;389:2221-2232

Diabète de type 2

• Toujours associer les modifications du style de vie

• Agonistes récepteurs GLP1

- **Dulaglutide** (TRULICITY®) (0,75-1,5-3-4,5 mg) inj SC hebdomadaire
- **Sémaglutide** (OZEMPIC®) (0,25-0,5-1 mg) inj SC hebdomadaire
- **Liraglutide** (VICTOZA®) inj SC quotidienne ; ne sera plus commercialisé en décembre 2026

• Double agoniste GIP - GLP1

Tirzépate (MOUNJARO®) jusqu'à 15 mg sc /sem chez l'adulte, a l'AMM diabète de type 2 et remboursé depuis 15 juin 2026 si diabète insuffisamment contrôlé

• Pas d'AMM dans le type 1

• Éducation au stylo

- Expliquer, relai par pharmacien
- Sur peau propre, rotation des sites d'injection
- **Dulaglutide** : stylo usage unique
- **Sémaglutide** : stylo = 4 injections, 4 aiguilles jetables pour un stylo (sont fournies)
- **Tirzépate** : stylo = 4 injections, 4 aiguilles jetables pour un stylo (à prescrire)

• Remplir formulaire à l'initiation

• Pas d'association inhDPP4

• Limiter le risque d'effets indésirables

- Respecter la titration mensuelle
- Manger lentement et peu gras

• Ajuster les traitements à risque d'hypoglycémie (insuline, sulfamides, glinides)

• Introduire si DFG ≥ 15 ml/mn/1.73m²

Gérer les effets indésirables

• Troubles digestifs (15-20%)

Souvent transitoires : nausées, vomissements diarrhées, douleurs abdominales...

Que faire ?

- Manger lentement et peu gras +/-
- Revenir au palier précédent +/-
- Changer molécule +/-
- Arrêt provisoire ou définitif (5-10%)

• Perte d'appétit

Méfiance +++ si sujet à risque de dénutrition / âgé

Que faire ? Si dénutrition, ne pas introduire et stopper si apparition dénutrition sous traitement

• Lithiase biliaire

Echographie hépato-biliaire recommandée (aussi pour la stéatose du DT2)

Que faire ?

- Si symptomatique, traiter la lithiase avant introduction.
- Si asymptomatique, discuter acide ursodésoxycholique (AUDC)

• Prudence si gastroparésie

Précautions avant anesthésie générale : pas d'arrêt systématique mais selon signes digestifs +/- échographie gastrique et induction rapide

• Si NOIA-NA* (1/10 000)

Arrêt du traitement et examen ophtalmologique urgent

Contre-indications

- **Absolue** : Grossesse / Allaitement

- **Relative** :

- Antécédent de pancréatite ➤ Avis endocrinologue
- Rétinopathie non stabilisée ➤ Avis ophtalmologue
- Instabilité hémodynamique

Diabetes Metab 2025;51:101645

• Précautions à tous les agonistes

➤ Avec contraception efficace

*neuropathie optique ischémique antérieure non artérielle