



**THERMES
DE BRIDES-LES-BAINS**
ALPES - 3 VALLÉES

LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ EN 2026

Jeudi 7 mai 2026

Dr Jean-Michel LECERF, endocrinologue et nutritionniste
Conseiller scientifique des Thermes de Brides-les-Bains

Pendant longtemps, l'excès de poids a été considéré comme une faute, un laisser-aller...les gens étaient tenus pour responsables de leur état.

Mais aujourd'hui, on a enfin compris et admis qu'il s'agit d'une maladie chronique et c'est une grande avancée. Il s'agit d'une maladie complexe. On ne décide pas de grossir, on ne le fait pas exprès, on le devient progressivement, souvent insidieusement. Avec le temps, les kilos s'accumulent.

C'est un dérèglement complet et complexe, qui peut devenir très handicapant.

Les médecins se sont intéressés à cette maladie lorsqu'ils ont compris que cela pouvait être associé à d'autres pathologies (HTA, cholestérol...). Mais ils traitaient les autres pathologies, mais pas la problématique de poids. Pour cela, il y a 30 ans, les médecins endocrinologues donnaient à leurs patients une fiche avec au recto les aliments autorisés et au verso, les aliments interdits.

Mais aujourd'hui, cela a beaucoup changé.

L'IMC

Le poids normal est une notion d'épidémiologie : entre 20 et 25 kg/m², on a moins de risque d'avoir des problèmes de santé. Puis, entre 25 et 30 kg/m², c'est un surpoids, puis on parle d'obésité, de grade 1, 2 puis 3 selon la sévérité.

Mais définir un rapport poids (kg) / taille² (m²) ne suffit pas pour définir les conséquences de l'excès de poids. Ce n'est qu'un repère épidémiologique, pour classer, comparer les populations entre elles ou suivre l'évolution d'une population et de son état de santé.

L'EVOLUTION DU POIDS VERS LA SURCHARGE PONDERALE

On a tous un certain pourcentage de masse grasse.

En effet, le corps est réparti en deux compartiments : la masse maigre et la masse grasse. Dans la masse maigre, il y a l'eau aussi.

La masse grasse du corps est stockée dans les adipocytes, cellules plus ou moins nombreuses et grandes selon les individus. On ne peut pas supprimer ces cellules mais on peut réduire leur taille quand on maigrit.

Cependant, l'obésité n'est pas qu'une question de taille et de nombre d'adipocytes. C'est un tissu adipeux qui devient malade au fil du temps. Et cela crée une inflammation, qui perturbe la régulation du poids.

Car notre poids est régulé très finement. Si on mange plus à un repas, le corps dépense un peu plus et on mange moins au repas suivant.

Cela fonctionne naturellement chez la plupart des gens, on ne compte pas ce que l'on mange mais on ne grossit pas. Mais parfois, le pondéostat ne répond plus, il se dérègle pour se stabiliser sur le nouveau poids obtenu. Il est alors très rare que l'on puisse revenir au poids de départ.

Au départ, la prise de poids n'est pas n'est pas une maladie. Elle intervient si on a été un peu négligent, ou si on n'écoute plus son corps (ses sensations de faim et de rassasiement notamment), si on a eu des difficultés psychologiques (traumatismes)...

Les causes de prise de poids sont diverses et variées, toutes les situations sont différentes. La localisation de la prise de poids est également différente.

Il faut donc arrêter de soigner tout le monde de la même façon.

LES RECOMMANDATIONS DE PRISE EN CHARGE

Depuis quelques années, la HAS (haute autorité de santé publique) a établi des recommandations qu'elle a modifiées en 2022 pour tenir compte justement de ces disparités.

On est sorti de ce classement des personnes par IMC pour tenir compte d'autres critères : comportement alimentaire, gêne fonctionnelle ou métabolique, prédisposition génétique...

La médecine avance donc pas à pas.

La HAS estime à présent qu'il y a 3 niveaux de gravité :

Moins de 35 kg/m² sans troubles métaboliques importants. il n'y a pas d'indication formelle à prendre un médicament. Il s'agit d'une surcharge commune (non liée à des événements psychotraumatiques graves ou des médicaments...).

La prise en charge proposée repose sur des changements du mode de vie : alimentation, activité physique, soutien psychologique et autres. C'est ce qui est proposé à Brides.

Les recommandations pour l'AMM (autorisation de mise sur le marché) des médicaments sont moins exigeantes. Elles sont à 30 kg/m² ou 27 kg/m² avec une comorbidité, mais les meilleurs spécialistes sur le sujet ne sont pas d'accord.

Ce n'est que si la perte de poids n'est pas satisfaisante que l'on peut envisager un traitement médicamenteux, toujours en conservant la prise en charge précédente, indispensable à long terme.

De multiples tentatives de médicaments ont été faites par le passé mais les conséquences pour la santé étaient toujours très importantes. Tout a été abandonné jusqu'à la nouvelle génération de médicaments sortie il y a 1 an environ. Nous y reviendrons.

Et lorsque l'on fait des régimes, on reprend du poids. C'est bien la preuve qu'il y a des mécanismes de régulation qui se sont déréglés.

Des groupes d'experts réfléchissent sur les objectifs à atteindre dans la prise en charge de l'obésité :

1. Ne pas nuire.
2. Ne plus grossir et c'est déjà beaucoup car si on ne fait rien, elle s'aggrave toujours.
3. Faire ce que l'on peut : on essaie de modifier ce que l'on peut dans notre mode de vie. On modifiera de petites choses dans l'alimentation, dans l'activité physique et d'autres choses qui interviennent dans la régulation du poids : le stress, le sommeil...

On s'occupe de l'assiette mais surtout du pourquoi du contenu de l'assiette.

Mais souvent les gens veulent aller trop loin par rapport à ce que le corps est capable de faire.

Se réconcilier avec soi-même fait partie également des objectifs.

Lorsque l'on discute avec des personnes souffrant d'excès de poids, elles nous disent parfois que si elles ne parviennent pas à maigrir, c'est parce qu'elles manquent de volonté. C'est faux, elles en ont plus que la plupart des gens, qui se contrôlent naturellement et donc n'ont même pas besoin d'y penser.

Mais quand on est en surpoids, on a la volonté de bien faire mais elle est confrontée à un mur. Ces personnes développent un manque de confiance en eux, d'autant plus dans une société de l'apparence, où la minceur est prônée.

Cela engendre une stigmatisation - montrer du doigt quelqu'un pour ce qu'il est et non pas pour ce qu'il fait et une discrimination dans de nombreux domaines -on met les gens de côté-.

Il y a donc un travail psychologique à faire sur l'acceptation des différences à la fois pour les personnes en excès de poids mais aussi pour les autres.

Cette approche passe donc par un changement de regard sur eux-mêmes, sur l'alimentation aussi, qui ne doit pas être vue comme l'ennemie (il n'existe pas d'aliments bons ou mauvais).

Si l'on n'y prend garde, on peut vite tomber dans la restriction cognitive : les gens sont obsédés par les aliments et leur qualité et sont constamment dans le contrôle mental, qui altère leur liberté.

Cela contribuera à apaiser leur relation aux autres et eux-mêmes.

LES OBJECTIFS DE LA PERTE DE POIDS

Quelqu'un qui change progressivement ses habitudes alimentaires et qui perd un peu de poids (5% de son poids initial) et 5 cm de tour de taille améliore beaucoup sa santé.

Les objectifs ne sont donc pas que la perte de poids, mais bien l'amélioration de la santé : activité physique, qualité de l'alimentation, qualité de vie tout court. Si je perds 5 kg dans l'année et que je peux davantage bouger, me baisser... c'est très bien.

Finalement, les objectifs, c'est améliorer la santé physique, psychologique et fonctionnelle

LES MEDICAMENTS

Quand on mange, de nombreux mécanismes conduisent au rassasiement. Ils passent par de nombreux canaux, et particulièrement par une hormone intestinale, le GLP-1 :

Cela entraîne une fabrication d'insuline, pour faire diminuer la glycémie, ralentir la vidange gastrique et mieux ressentir le rassasiement.

Mais cette même hormone est aussi fabriquée par le cerveau. C'est important parce que cela entraîne d'autres effets, beaucoup plus complexes.

Ce GLP-1 se lie à des récepteurs au niveau du cœur, du cerveau, des reins...

Dans le cerveau, il donne le signal du rassasiement et réduit l'envie de manger.

Les chercheurs ont trouvé les molécules qui ressemblent au GLP-1 : elles ont d'abord été utilisées dans le diabète car elles améliorent le fonctionnement de l'insuline.

Et ensuite, ils ont découvert qu'à des doses plus élevées, elles permettaient une perte de poids. Ce sont des médicaments puissants, qui entraînent une perte de poids de 15 à 20% du poids selon la molécule (Liraglutide, Semaglutide ou Tirzepatide à l'heure actuelle mais beaucoup d'autres sont à l'étude).

Environ 5% des gens ne réagissent pas du tout.

Au bout de 15 mois environ, la perte de poids s'arrête, car il y a des mécanismes d'adaptation, notamment car quand on maigrit, on dépense moins d'énergie, donc on arrête naturellement de maigrir. Il arrive que cela ne se produise pas et la personne perd trop de poids. C'est dangereux mais rare.

Il existe des effets secondaires digestifs (nausées, vomissements, constipation par réduction du bol alimentaire). Parfois, les gens perdent l'appétit et se dénutrissent.

Contrairement à d'autres traitements, ils ne modifient pas défavorablement la masse corporelle. On perd à la fois du gras et du maigre, mais dans des proportions qui restent correctes.

Il existe quelques effets plus rares sur le pancréas, la vésicule mais c'est marginal.

Toutefois, comme ce sont de nouveaux médicaments, on a peu de recul, les effets secondaires sont donc tous répertoriés et étudiés de près.

Le traitement est très cher, environ 400€ par mois, pour une injection par semaine.

Et surtout, si on arrête, on reprend le poids. Ce n'est pas surprenant puisque c'est une maladie chronique. Tout cela va évoluer avec la recherche. Il y a aura notamment bientôt une forme orale.

Mais on comprend la position des gouvernements pour le remboursement car cela concerne trop de monde : 17% de personnes obèses et 30% environ en surpoids en France.

Et il y a des détournements de ces médicaments, des gens en prennent alors qu'ils n'ont pas de poids à perdre, il y a des faux...

Et surtout, la prise de ces médicaments ne remplace pas le suivi diététique, d'activité physique et psychologique mais il est complémentaire. Sans cela, les risques pour la santé sont importants car la réduction de la faim et le rassasiement précoces que le médicament entraîne peut rapidement aboutir à un déséquilibre de l'alimentation qui aura à terme des effets négatifs sur la santé.

Parmi les effets pervers des analogues du GLP-1, aux USA, les industries agro-alimentaires, parce que les gens mangent moins, ont développé des gammes d'aliments « GLP-1 friendly », hyperprotéinées.

Cela commence à arriver en France.

LA CHIRURGIE BARIATRIQUE

C'est une autre alternative :

Le by-pass : c'est un court-circuit où l'on empêche l'absorption des aliments : les gens perdent 20 à 30-35% de leur poids.

La sleeve-gastrectomie : on rétrécit l'estomac, c'est moins puissant mais c'est plus sûr que le by-pass et les gens perdent entre 20 et 25% de leur poids, ce qui est important

Ces chirurgies ne sont pas anodines, notamment à cause du risque de carence qu'elles entraînent. Elles sont réservées à un IMC minimum de 35 kg/m² avec comorbidités ou 40 kg/m².

Les risques de carence sont réels et on doit être suivie et prendre des compléments alimentaires à vie.