

Les GLP-1 en 2026 : outils concrets pour une nouvelle ère nutritionnelle

Congrès Nutridays 2026
"Taste the New"

Dr Jorge Correia
Médecin chef de clinique
HUG

HUG Hôpitaux
Universitaires
Genève

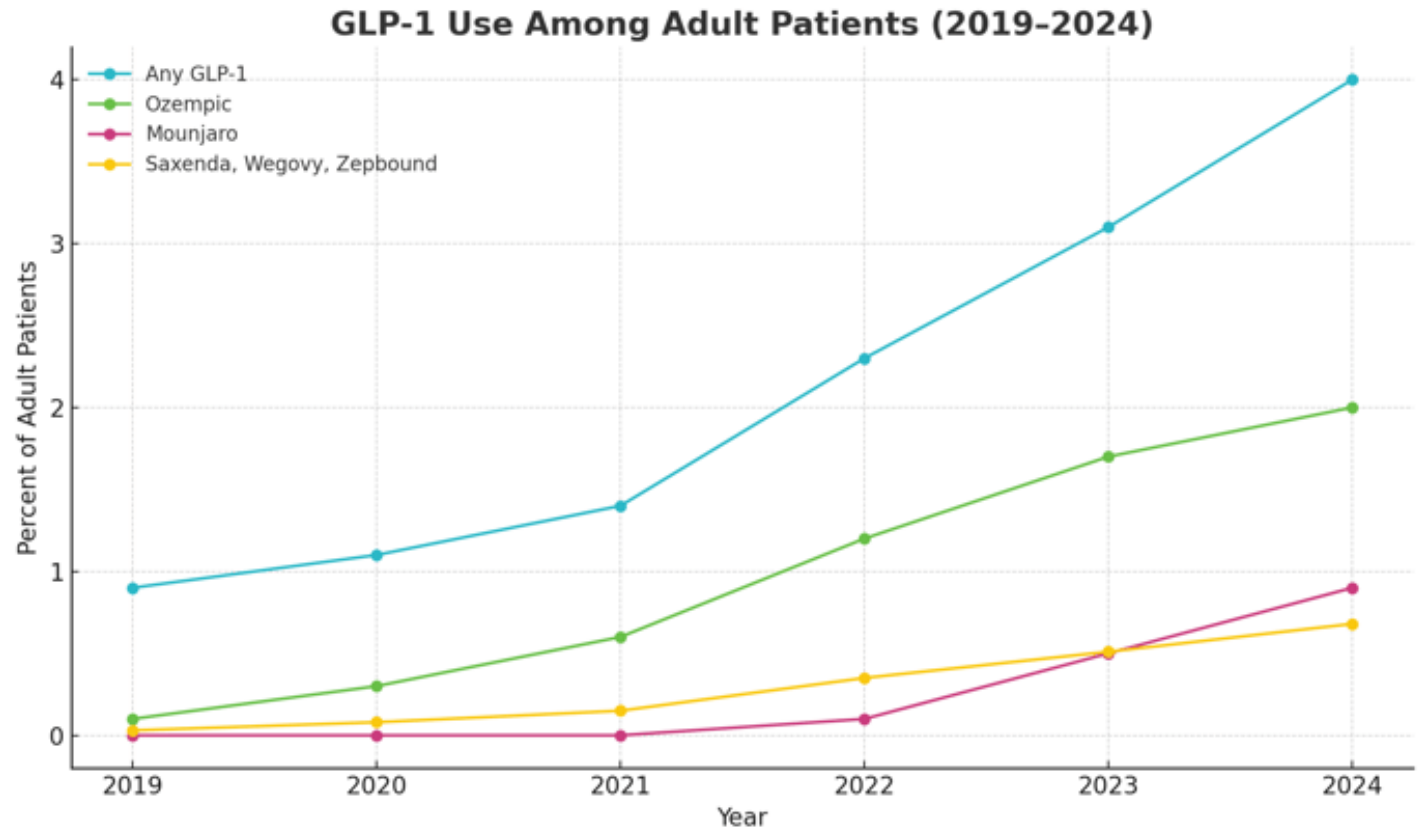


**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

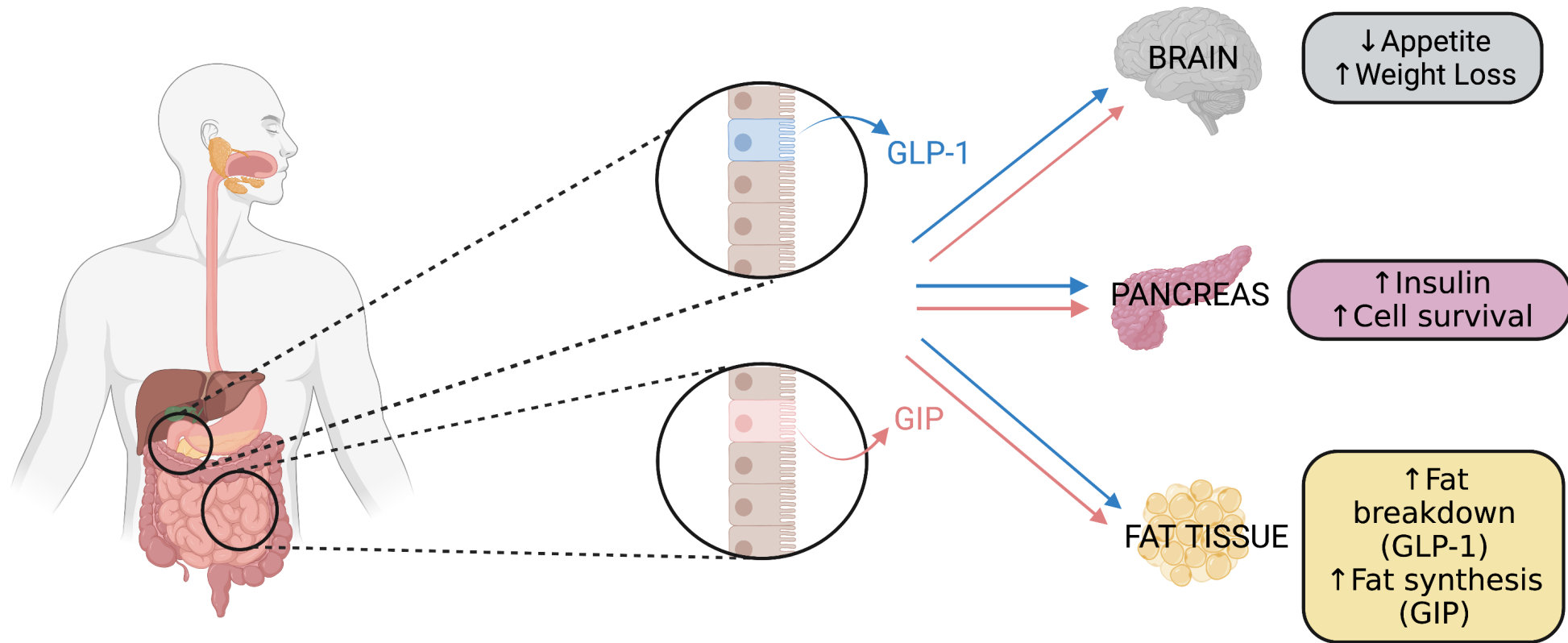
FACULTÉ DE MÉDECINE



Explosion de l'utilisation des agonistes GLP-1: sommes-nous prêts ?

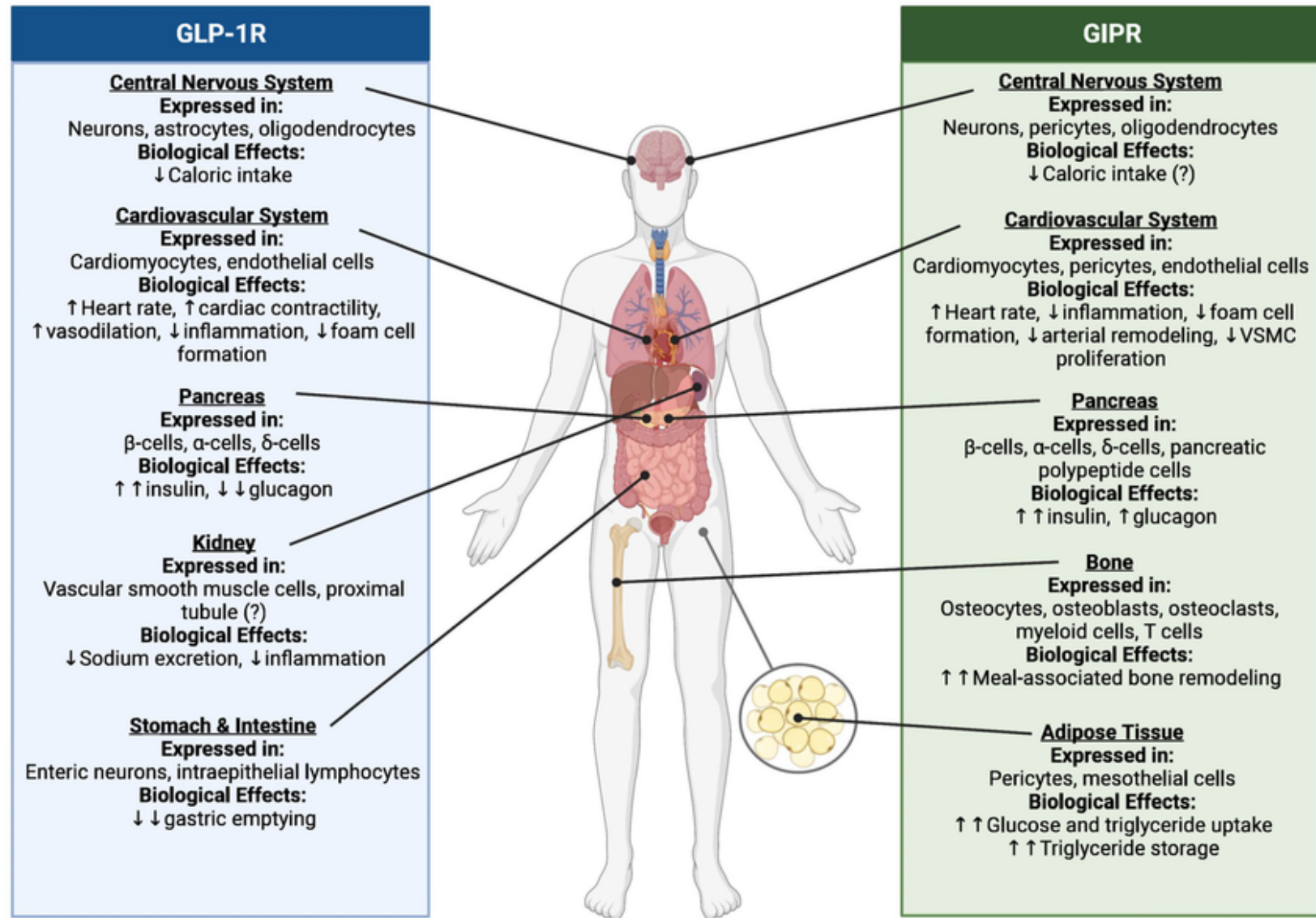


Comment agissent les GLP-1 (et double agonistes GLP/GIP) ?

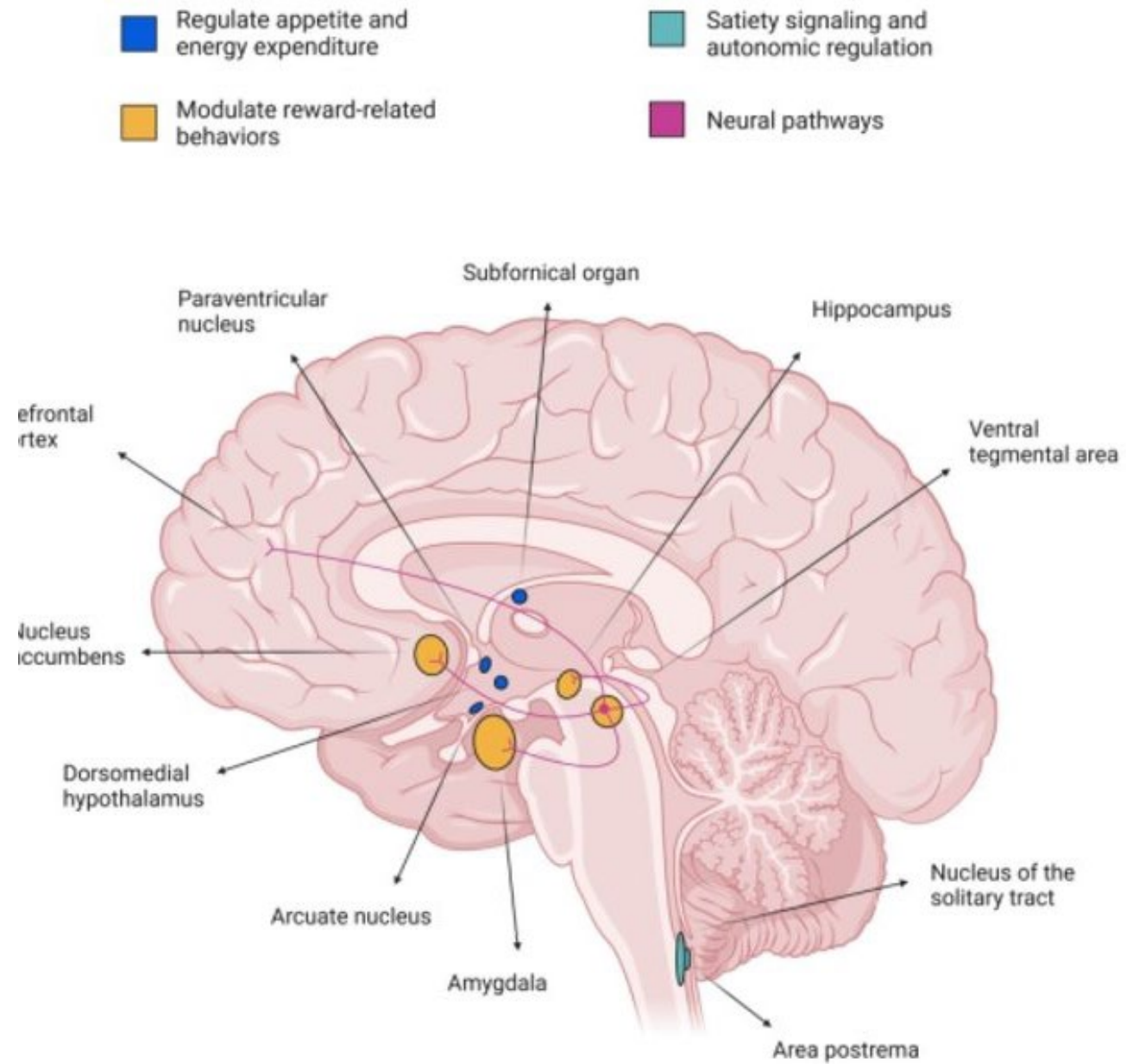


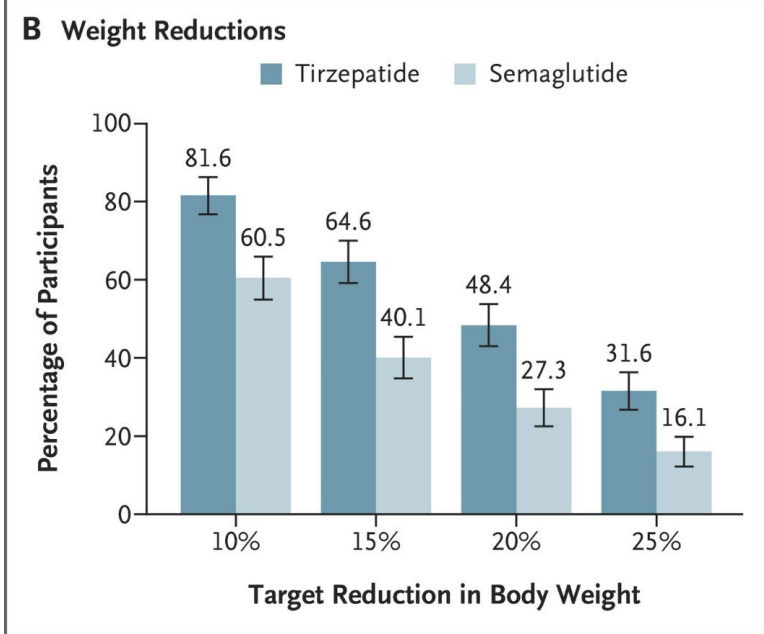
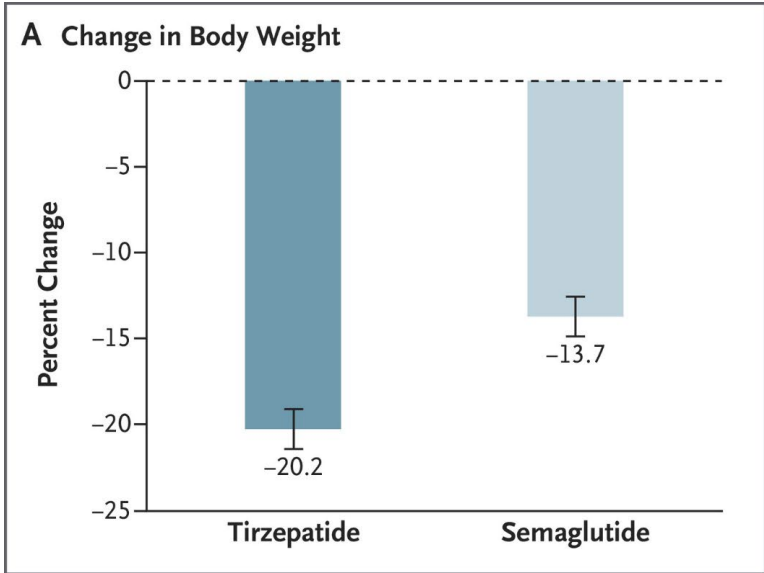
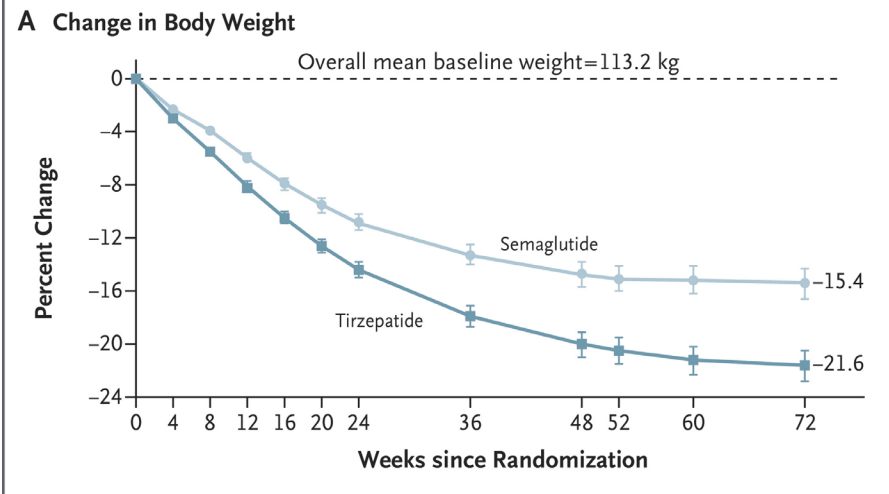
Adapted from GLP-1 GIP physiology reviews

Rôles établis et probables des GLP-1 et GIP sur différents organes cibles



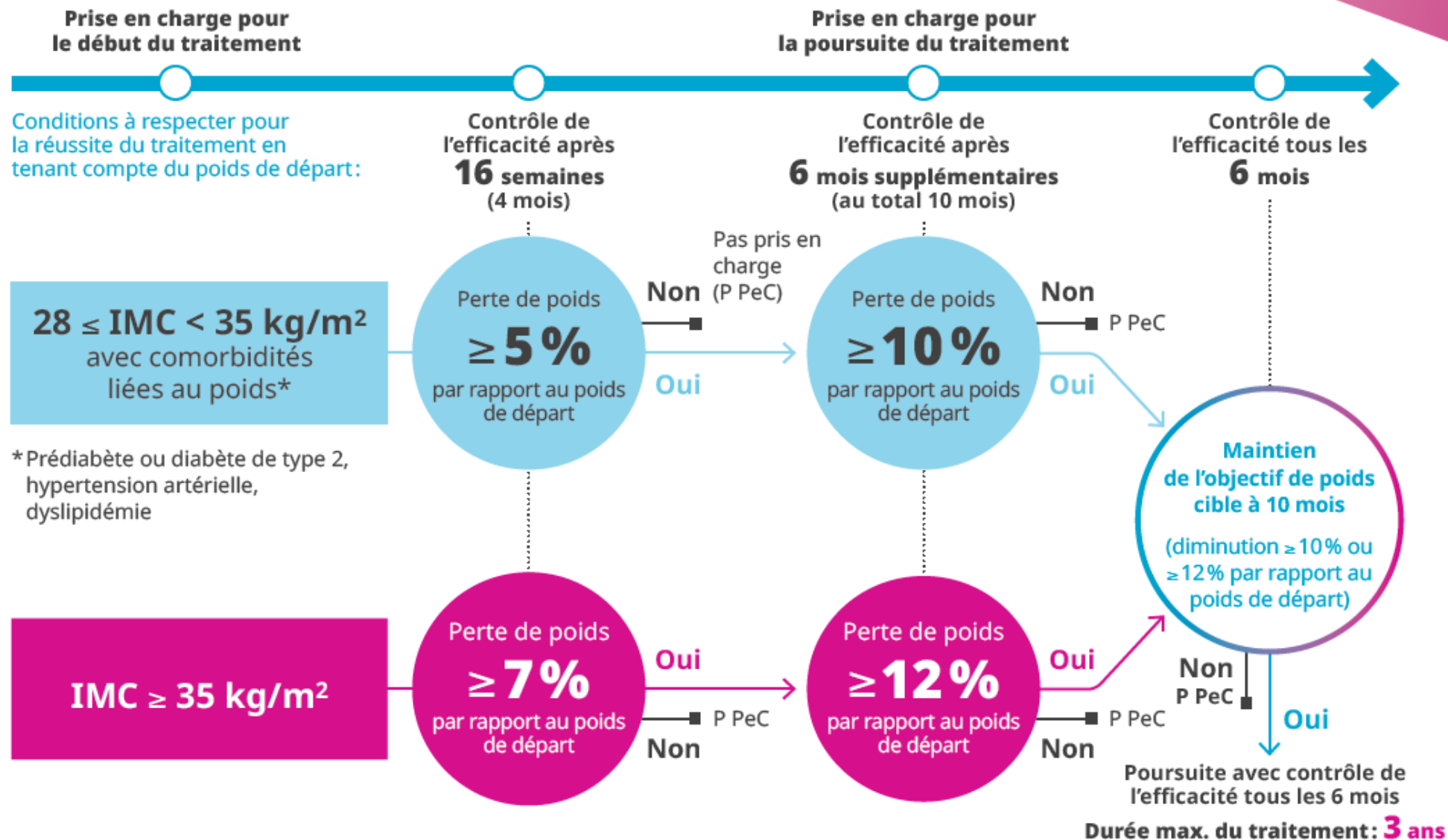
GLP-1 et cerveau : au croisement de l'appétit et de la motivation alimentaire





Quelle efficacité?

Aperçu de la limitation de la prise en charge chez les adultes²



Parcours nutritionnel avec GLP-1

Trois phases clés



Adaptation initiale (Titration)

- Appétit ↓ rapide
- Effets digestifs fréquents
- Apports nutritionnels ↓



Objectif
Tolérance



Perte de poids active (Stabilisation)

- Perte pondérale
- ↓ masse musculaire
- Apports déséquilibrés



Objectif
Protection musculaire



Sevrage (Maintenance)

- Désorganisation alimentaire
- Risque reprise de poids

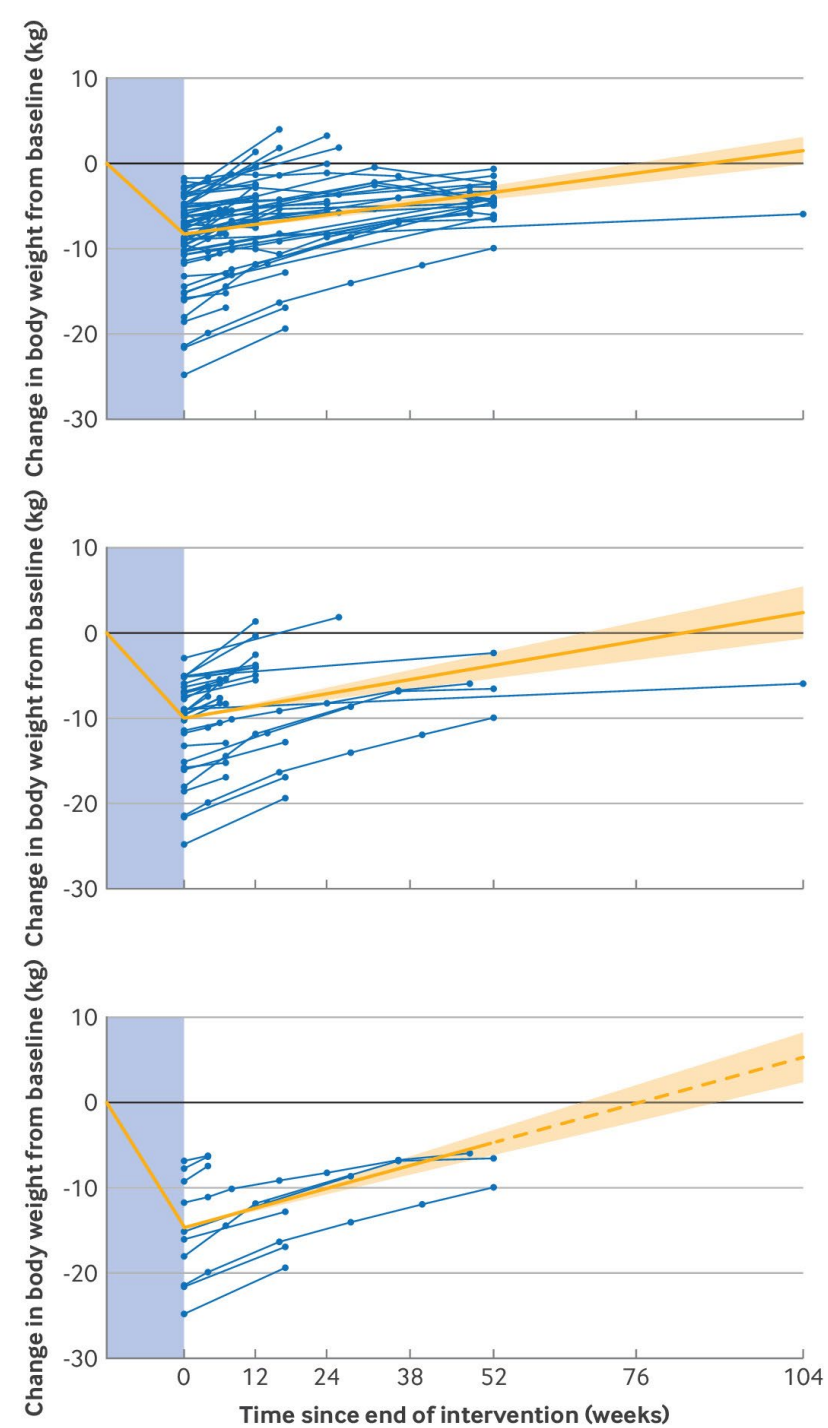


Objectif
Autonomie

- ✓ Les besoins évoluent
- ✓ Risques spécifiques par phase
- ✓ Objectifs adaptés

Reprise de poids à l'arrêt du traitement

West S et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis BMJ 2026



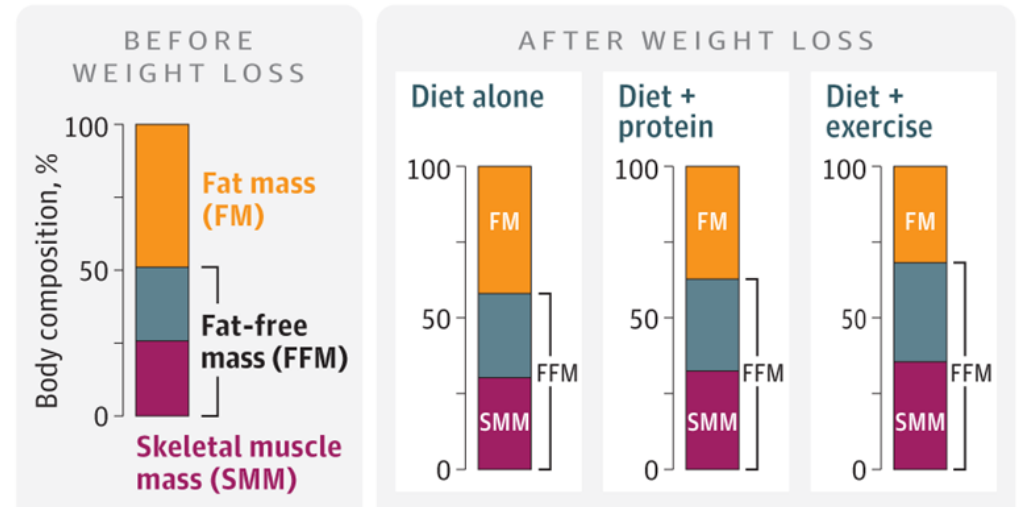
Quelle qualité de perte de poids sous GLP-1 ?

Une perte de poids = mélange de :

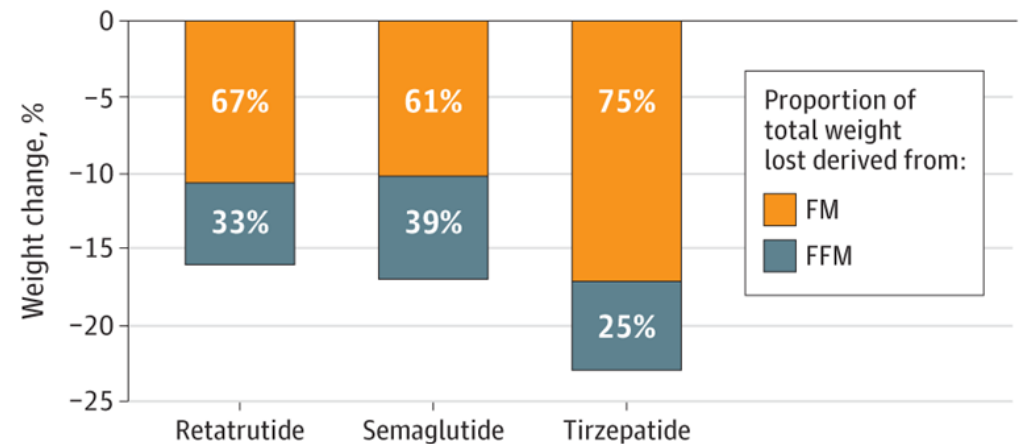
- Masse grasse
- Masse maigre

Jusqu'à 30–40% = masse maigre

A Representation of body composition before and after 25% intentional weight loss



B Effect of marked weight loss induced by GLP-1-based antiobesity medication







Un risque majeur de carences sous GLP-1

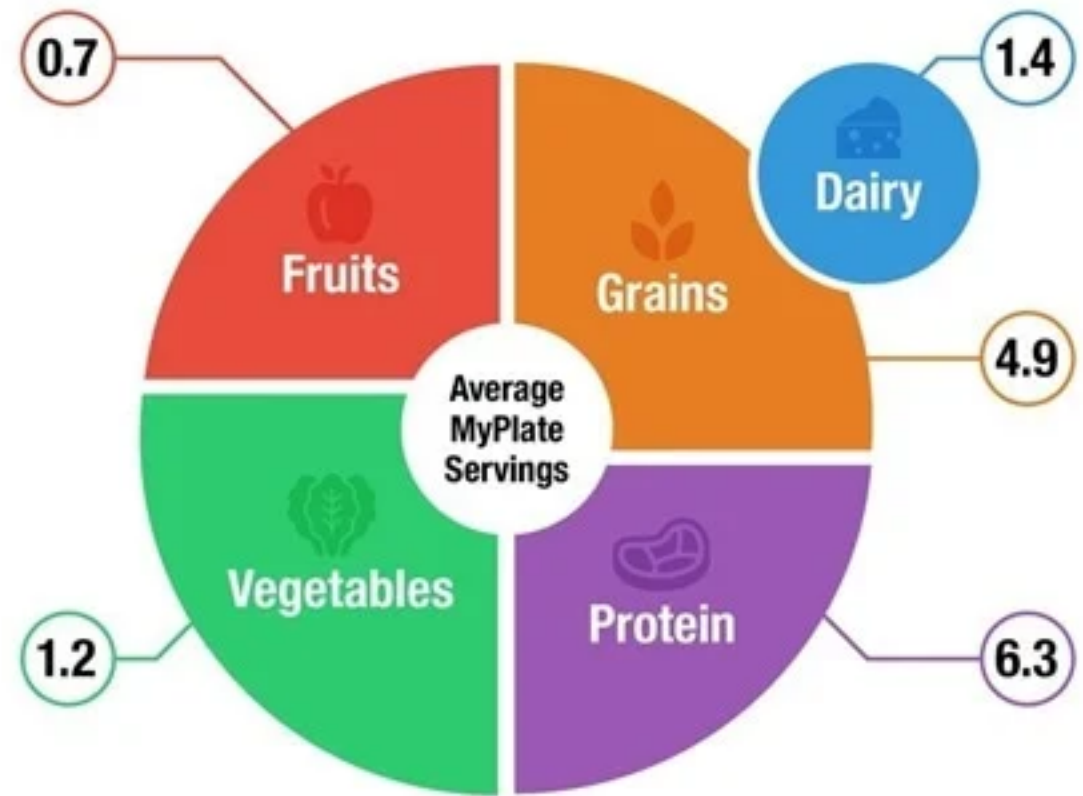
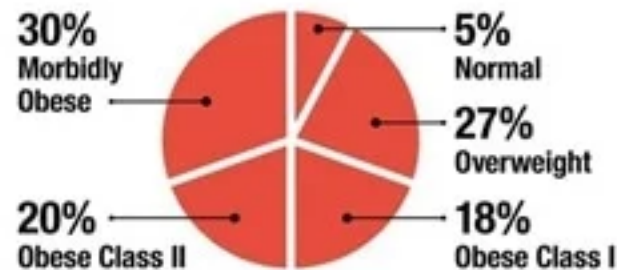
Percent of Population Under 100% of Dietary Reference Intakes

Vitamin D	99%
Vitamin K	99%
Magnesium MG	90%
Choline CH	94%
Iron FE	88%

GLP-1RA Medication

Liraglutide	1%	
Dulaglutide	12%	
Tirzepatide	33%	
Semaglutide	54%	

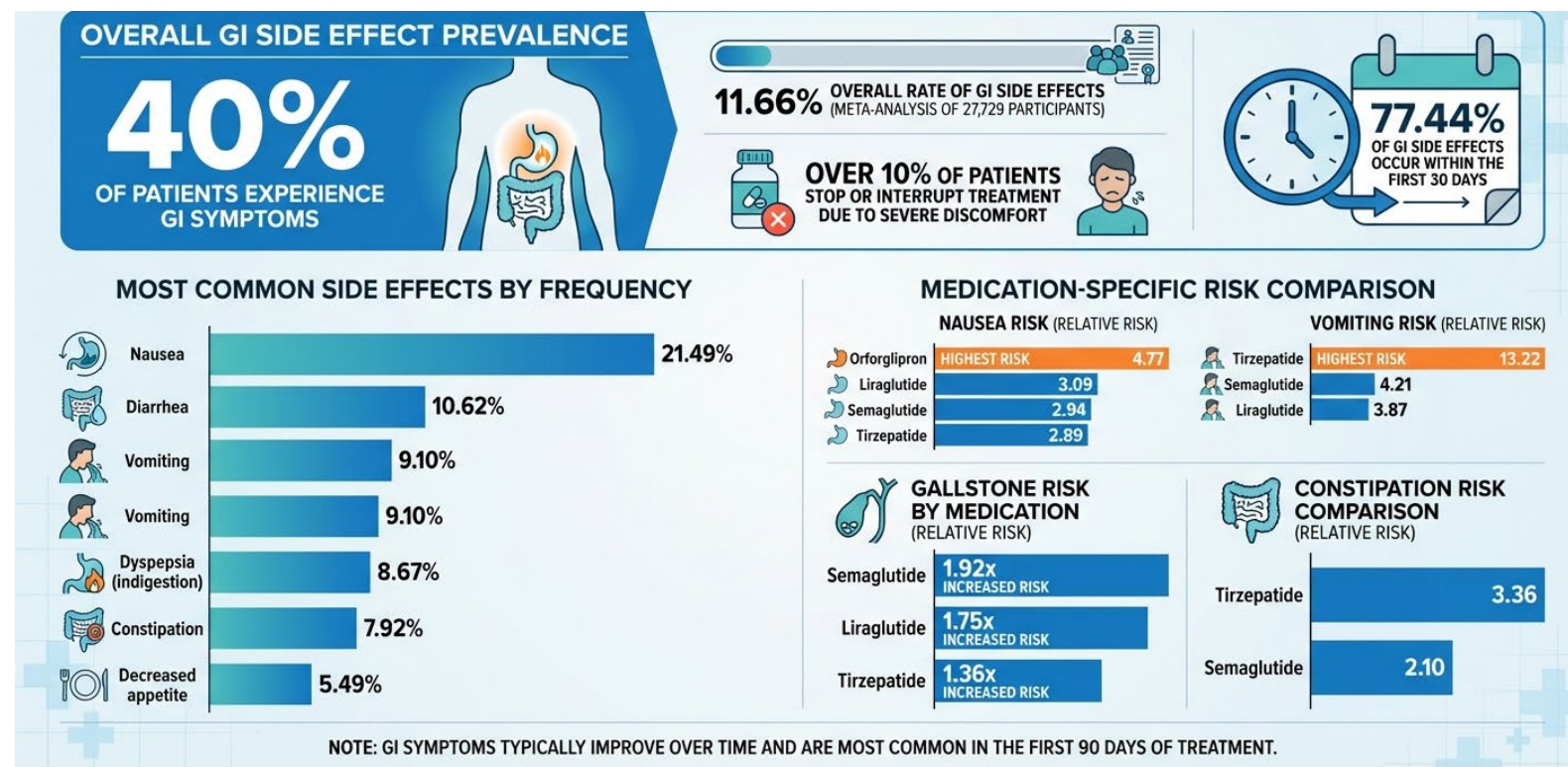
BMI Classification



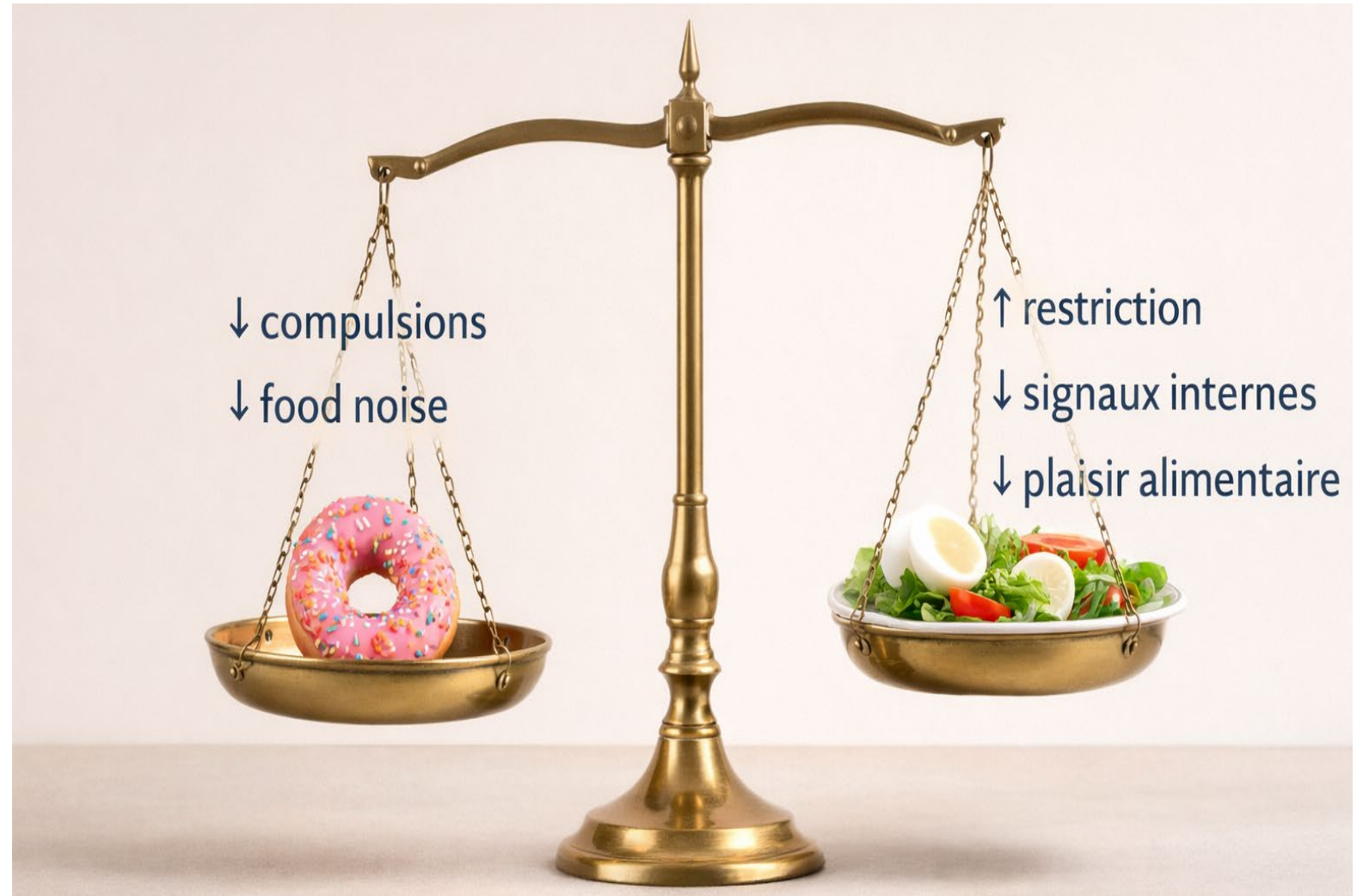
Effets secondaires des GLP-1 : un impact direct sur l'alimentation

Impact nutritionnel :

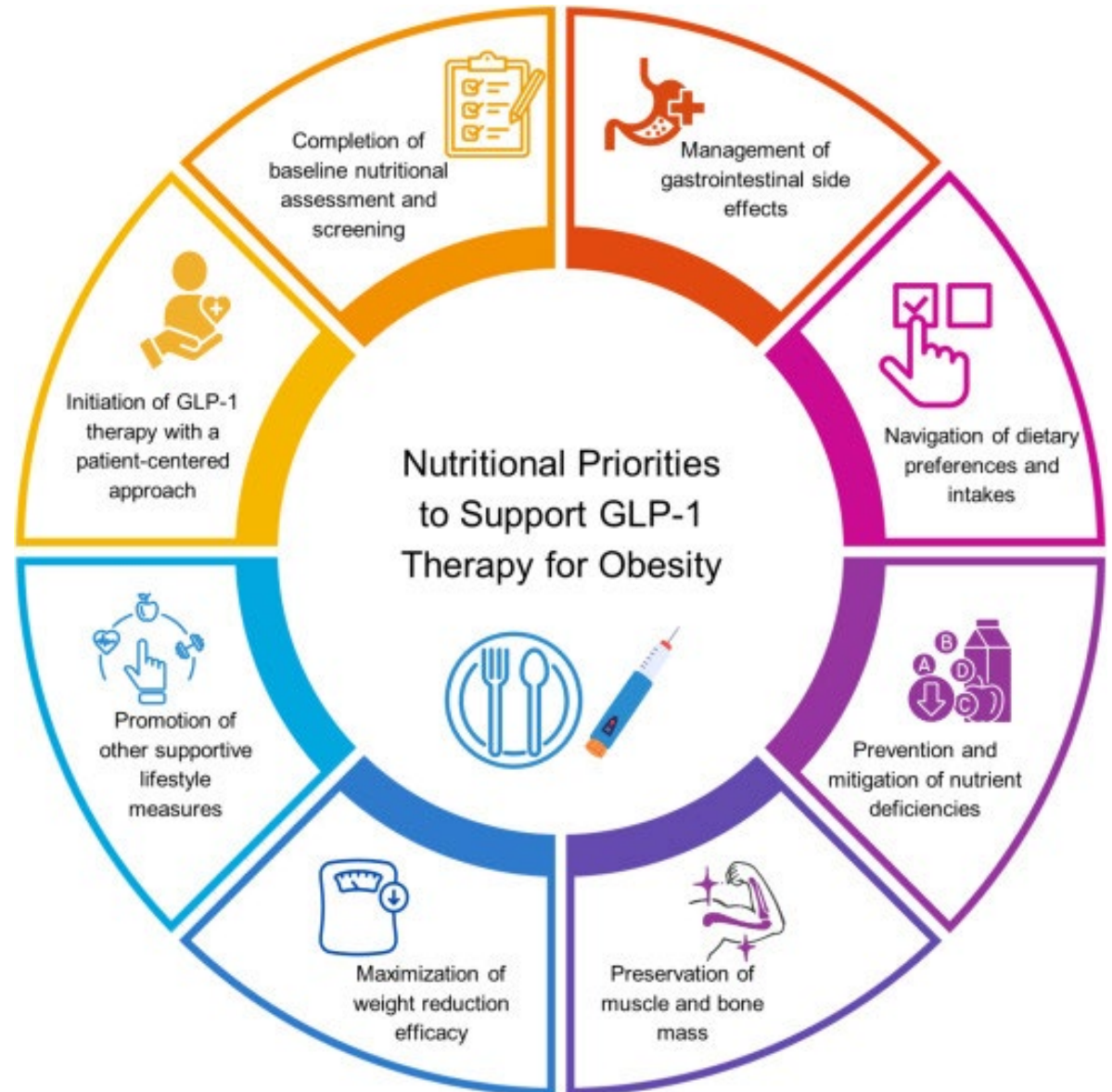
- ↓ apports alimentaires
- ↓ diversité alimentaire
- ↑ risque de carences



GLP-1: un
équilibre
fragile en cas
de TCA

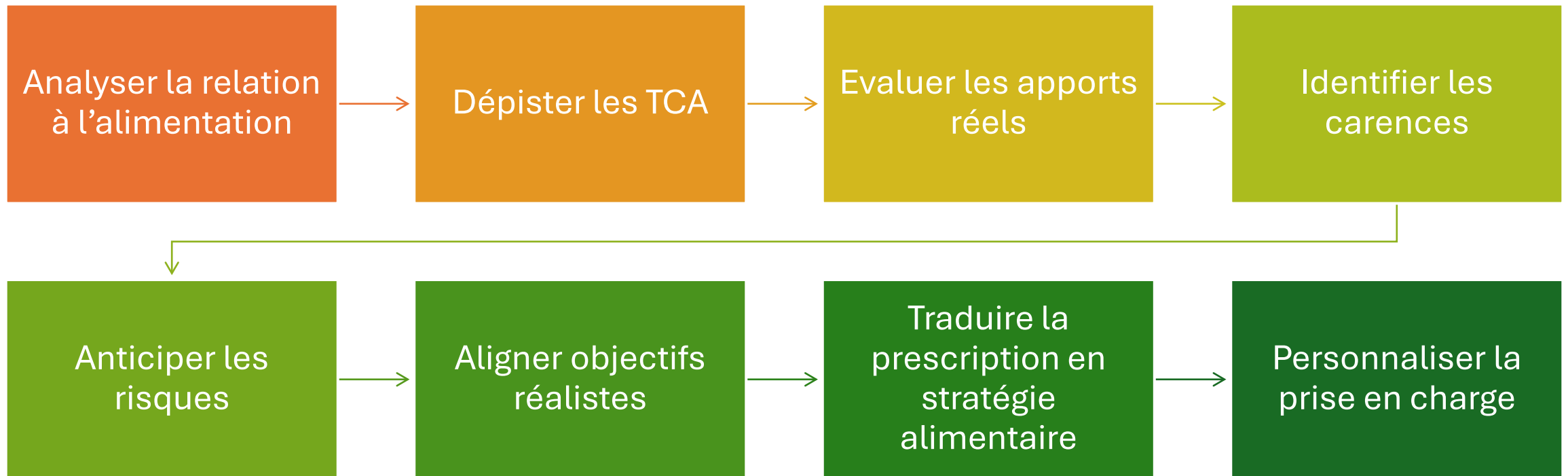


Priorités nutritionnelles sous GLP-1 : une approche globale



Mozaffarian D et al. *Obesity*. 2025.

Les diététicien·ne·s : au cœur de l'initiation du traitement



Évaluation nutritionnelle initiale

Anamnèse globale

- Historique pondéral, objectifs de santé
- Troubles GI, sarcopénie, ostéopénie, néphrolithiase

Habitudes alimentaires

- Qualité du régime : fruits, légumes, légumineuses, céréales complètes
- Ultra-transformés, fast-foods

Comportements alimentaires & santé mentale

- Compulsions, restrictions, boulimie, night eating
- Déclencheurs émotionnels

Composition corporelle & fonction musculaire

- Tests fonctionnels : sit-to-stand, timed-up-and-go
- Masse musculaire : BIA, DXA

Déterminants sociaux de santé

- Insécurité alimentaire, transport, logement, accès aux soins

Transformer les effets secondaires en situations gérables

Fractionner les repas

- 3 petits repas + ½ collations -> Diminue les nausées , améliore la tolérance

Réduire les portions

- Adapter aux signaux de satiété précoces -> Eviter la surcharge gastrique

Privilégier une alimentation pauvre en graisses

- Limiter les repas riches/frits -> réduire les nausées et inconfort digestif

Manger lentement et en pleine conscience

- Petites bouchées, bien mastiquer-> Mieux tolérer et reconnaître la satiété

S'arrêter à satiété confortable

- Ne pas «forcer à finir» -> Prévenir inconfort, nausées et vomissements

Assurer une hydratation suffisante

- Boire régulièrement, en dehors des repas -> Prévenir constipation et déshydratation

Changements alimentaires, défis et stratégies sous GLP-1RA

Catégorie	Description	Exemples / Points clés
1. Changements de préférences	Modifications spontanées du goût et des envies alimentaires	<ul style="list-style-type: none">- ↓ envies pour aliments sucrés, gras, salés, épicés, ultra-transformés- ↑ préférence pour aliments simples, peu transformés, nutritifs
2. Défis possibles	Effets secondaires pouvant influencer les choix alimentaires	<ul style="list-style-type: none">- Aversions alimentaires- Perte d'intérêt ou de plaisir à manger- Nausées pouvant conduire à des envies de "comfort foods" raffinés (sucres simples, féculents rapides)
3. Stratégies recommandées	Approches pratiques pour optimiser l'alimentation malgré les symptômes	<ul style="list-style-type: none">- Maintenir des repas réguliers- Éviter les longues périodes sans manger- Explorer les causes : aversion, recherche de plaisir, facteurs émotionnels- Intégrer, si besoin, une thérapie comportementale ou ajuster le traitement

Redonner un cadre alimentaire quand la faim disparaît



STRUCTURER LES REPAS



MAINTENIR LA QUALITÉ
NUTRITIONNELLE



PRÉVENIR LE
DÉSENGAGEMENT
ALIMENTAIRE

Profil nutritionnel typique sous GLP-1

RADAR DES CARENCES — NUTRITIONNELLES —

Principales carences nutritionnelles et interventions recommandées



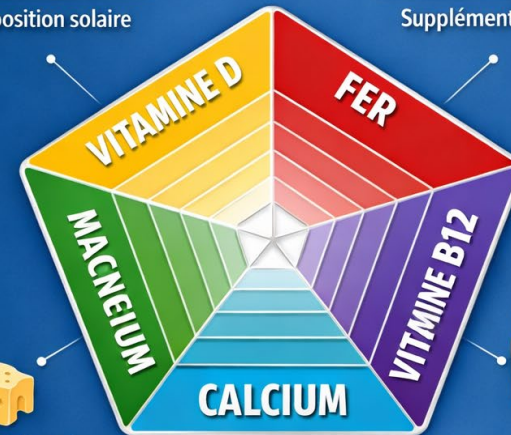
Suppléments
de Vitamine D

Exposition solaire

Aliments riches
en fer



Suppléments
si carence



Produits laitiers /
Calcium

Vitamine D pour les os



B12 oral ou injections

Dosage et suivi régulier



Magnésium

Alimentation équilibrée
Supplémentation au besoin

— Évaluation clinique et suivi régulier nécessaires. —

Prévenir et corriger les carences nutritionnelles

Identifier les apports
insuffisants



Corriger précocement



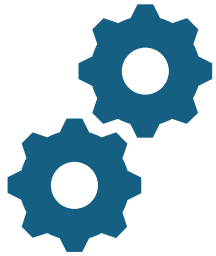
Guider la supplémentation



Prévenir et corriger les carences nutritionnelles

Problème	Priorités diététiques	Supplémentation recommandée
Carences multiples	Repas nutritifs, aliments non transformés	Multivitamine quotidienne
Vitamine D basse	Poissons gras, laitages enrichis	50 000 UI/semaine
Calcium insuffisant	Laitages / alternatives enrichies	500–600 mg/j
Fer bas	Viandes + Vit C	15–65 mg fer/j
Magnésium bas	Légumineuses, oléagineux	200–400 mg/j
Potassium bas	Fruits/légumes	Supplémentation médicale si nécessaire
Vit A/C/E basses	Fruits/légumes + huiles	Multivitamine ou dosage individualisé
Choline basse	Œufs, légumineuses	Multivitamine
Constipation	Fibres + hydratation	≥10 g/j fibres
Dysbiose / transit lent	Aliments fermentés	Probiotiques 1–30×10 ⁹ CFU

Protéger ce que le traitement ne protège pas



optimisation des
apports protéiques



lien avec activité
physique



prévention de la
sarcopénie

Préservation de la masse musculaire et osseuse sous GLP-1RA

Catégorie	Recommandations clés	Doses / objectifs	Notes cliniques importantes
Apport protéique total	Augmentation de l'apport en protéines	1.2–2.0 g/kg/j (poids ajusté) <u>1</u>	Indispensable pour limiter la perte de masse maigre (20–50 % de la perte totale).
Répartition des protéines	Fractionnement des apports	≥25–30 g par repas	Optimise la synthèse protéique (MPS) sur la journée.
Whey protéine	Stimulation de mTOR + MPS	20–40 g/j, de préférence le matin <u>1</u>	Riche en leucine → essentielle pour déclencher la synthèse musculaire.
HMB (β-hydroxy-β-méthyl-butyrates)	Réduction du catabolisme + activation mTOR	3 g/j <u>1</u>	Recommandé en cas de perte de poids rapide, faible masse musculaire, >50 ans.
Créatine	Amélioration de la force, maintien de la masse maigre	5 g/j, idéalement avec ≥3 séances de renforcement/semaine <u>1</u>	Gains moyens : +0.68 à +1.1 kg de masse maigre selon les études.
Entraînement en résistance	Prévention directe de la perte de masse musculaire	2–3 séances/semaine	Synergie majeure avec whey + créatine.
Apport énergétique général	Limiter la restriction excessive due au GLP-1RA	Adapter l'énergie selon satiété	Moins de calories = risque accru de catabolisme musculaire.
Compléments combinés	Soutien du métabolisme musculaire	Whey + créatine + HMB = protocole optimisé	Approche recommandée pour limiter la perte de masse maigre similaire au vieillissement accéléré.

Nutriments clés à considérer pour soutenir la santé métabolique

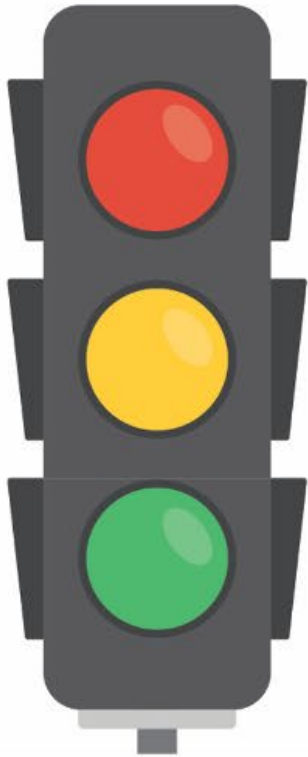
Catégorie	Nutriments clés	Dose recommandée	Effets principaux
Thermogéniques	Caféine, catéchines, capsaïcine	0.01–0.02 g/mg selon formulation	↑ métabolisme, ↑ dépense énergétique
Antioxydants	Polyphénols, CoQ10, Vit C/E, lycopène	Variable (alimentaire privilégié)	↓ stress oxydatif, ↓ inflammation
Anti-inflammatoires	Curcumine	500–1500 mg/j	↓ CRP, ↓ cytokines, ↑ marqueurs métaboliques
Objectif global	—	—	Soutenir métabolisme, prévenir regain de poids, stabiliser métabolisme mitochondrial

Mozaffarian D et al. *Obesity*. 2025.

Johnson BVB et al. *Obesity Pillars*. 2025.

Alors... que fait-on en pratique ?

Nutritional Wellness Signals with Glucagon-like-1 Peptide Receptor Agonists Treatment Journey



Red Light

No Nutrition Specific Care Plan

- Nutrient deficiencies
- Gastrointestinal distress
- Increased risk of sarcopenic obesity

Yellow Light

Only Dietary Recommendations to Support Treatment

- Suboptimal nutrient intake
- Lean mass loss
- Managing side effects

Green Light

Dietary Recommendations Plus Supplementation to Optimize Treatment

- Improved nutrient status
- Preserve lean mass & support muscle strength
- Enhanced gastrointestinal health
- Reduced oxidative stress & inflammation

Mise en situation clinique: Mme L., 52 ans

Contexte

- IMC 34 kg/m²
- HTA, prédiabète
- Mise sous sémaglutide il y a 4 mois

Évolution

- -12 kg
- Très satisfaite
- “Je mange beaucoup moins”

Tout va bien ?

Symptômes

- Fatigue
- Faiblesse musculaire
- ↓ activité

Alimentation

- Petit déjeuner sauté
- Déjeuner = yaourt
- Dîner léger
- Évite viande (nausées)

Bilan

- Ferritine ↓
- Vitamine D ↓
- Apports protéiques très insuffisants

Diagnostic

Problèmes identifiés

- Apports protéiques insuffisants
- Carences micronutritionnelles
- Risque de sarcopénie
- Désengagement alimentaire

Succès pondéral \neq succès métabolique

Prise en charge

1. Protéines

- 1.2–1.5 g/kg/j
- enrichissement + whey

2. Fractionnement

- petits repas fréquents
- aliments tolérés

3. Supplémentation

- Vitamine D
- Fer si nécessaire
- Multivitamines

4. Activité physique

- renforcement musculaire

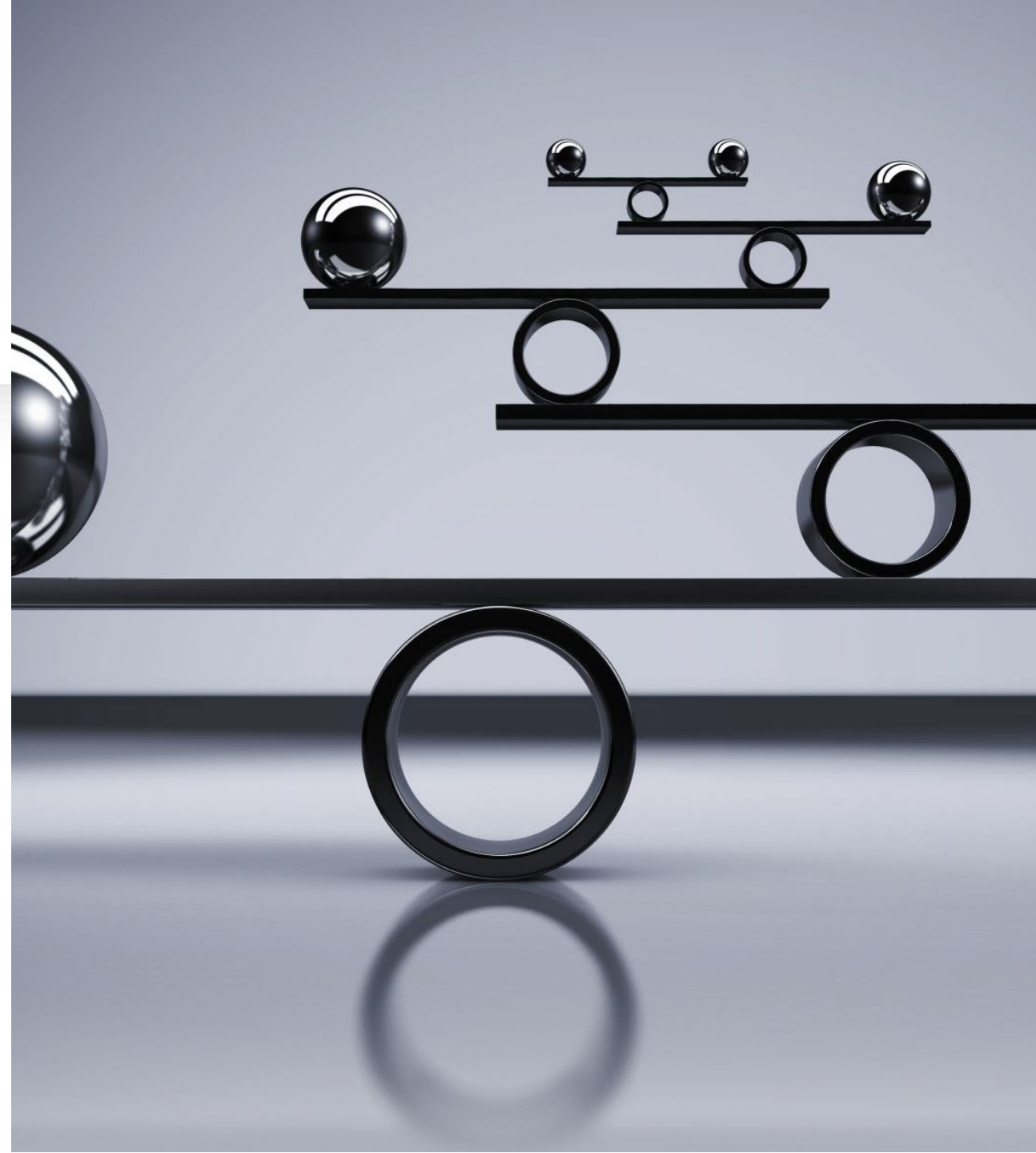
5. Gestion des symptômes

- adapter textures / volumes
- hydratation

Conclusion du cas

- **Évolution à 3 mois**

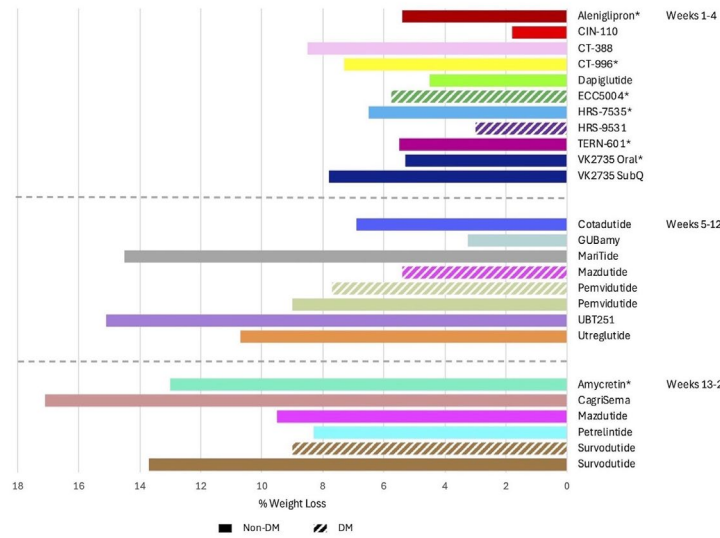
- Fatigue ↓
- Force ↑
- Apports équilibrés
- Perte de poids stabilisée



Que nous réserve l'avenir?

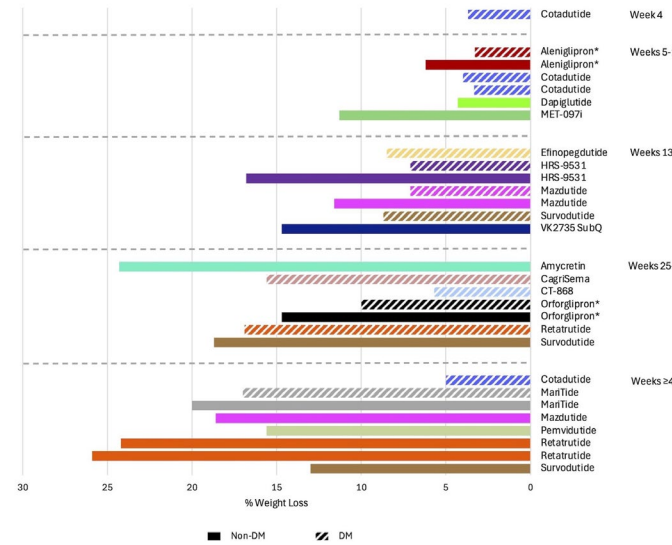
A

Phase 1 Studies



*Oral medications

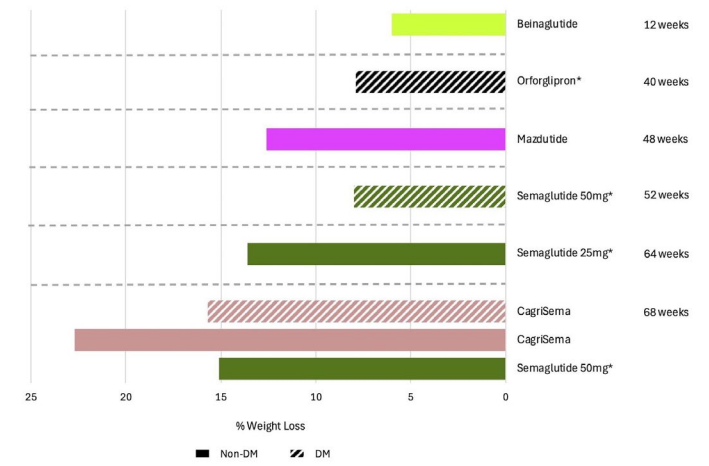
Phase 2 Studies



*Oral medications

C

Phase 3 Studies



*Oral medications

Les diététicien·ne·s vont rester indispensables

Take home messages

Glp1 est un traitement efficace... mais nutritionnellement à risque

La perte de poids n'est pas toujours qualitative

Les risques nutritionnels sont fréquents-> suivi diet est primordial

Préserver le muscle est une priorité thérapeutique

La prise en charge doit être proactive

Merci pour votre attention

Dr Jorge Correia

✉ jrca@hug.ch

☎ 079 55 33 614



LinkedIn