

Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) Occitanie-Est

CHU de Montpellier — Labellisé par l'ARS Occitanie

CHARTRE DE COOPÉRATION MÉDECINS PRESCRIPTEURS DE TMO – CSO

QUI PEUT SIGNER CETTE CHARTRE ?

Le médecin spécialiste en endocrinologie-diabétologie-nutrition (EDN/EDMM) exerçant en lien avec le CSO Occitanie-Est — en ville, en centre hospitalier général (CHG) ou en clinique, c'est-à-dire hors CSO, SMR spécialisé ou CHU.

En signant, il **formalise le lien médecin-CSO** qui lui ouvre la **primo-prescription remboursable des TMO** (WEGOVY®, MOUNJARO®).

Ne relèvent pas de cette chartre : les médecins compétents en nutrition (DESC/FST/VAE) et les chirurgiens bariatriques, déjà habilités au titre de leur exercice en CSO, SMR spécialisé ou CHU (voir section 2).

1. Objet et parties

La présente charte formalise la coopération entre le **CSO Occitanie-Est (CHU de Montpellier)** d'une part et le **médecin spécialiste en endocrinologie-diabétologie-nutrition (EDN/EDMM) exerçant en lien avec le CSO** (notamment en ville, en centre hospitalier général ou en clinique) signataire d'autre part, pour la prise en charge des personnes en situation d'obésité et le bon usage des traitements médicamenteux de l'obésité (TMO). Elle **formalise le lien médecin-CSO requis par la réglementation** pour permettre, le cas échéant, une primo-prescription remboursable des TMO (voir section 2). Les modalités opérationnelles détaillées figurent en annexe.

2. Conditions pour être signataire (prescripteur habilité)

Les conditions pour réaliser une **primo-prescription remboursable des TMO** sont fixées par la réglementation, et non par le CSO. **Conformément aux arrêtés du 10 juin 2026 (Journal officiel du 12 juin 2026 — WEGOVY® : NOR SFHS2614799A, texte n° 47 ; MOUNJARO® : texte n° 49)**, cette primo-prescription est réservée aux professionnels 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), **les médecins compétents en nutrition** (titulaires d'un DESC, d'une FST appliquée ou d'une VAE nutrition) et **les chirurgiens bariatriques** (titulaires du DIU de chirurgie de l'obésité) **exerçant en Centre spécialisé de l'obésité (CSO), en structure de soins médicaux et de réadaptation (SMR) mention « gastro-entérologie, endocrinologie, diabétologie, nutrition » ou en CHU ;**
- **les médecins experts impliqués dans la prise en charge de l'obésité : les médecins coordinateurs d'un Parcours Coordonné Renforcé (PCR) « Obésité complexe » ; ou les médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition (EDN/EDMM) exerçant en lien avec un CSO, ce lien étant formalisé par une charte entre le spécialiste et le CSO ou par une activité médicale en cours (au moins partielle) en CSO.**

Le renouvellement peut être effectué par tout médecin.

Portée de la présente charte. Elle constitue le mode de formalisation du lien prévu au second point ci-dessus, **pour les médecins spécialistes EDN/EDMM exerçant en lien avec le CSO** — qu'ils exercent en ville, en centre hospitalier général (CHG), en clinique ou dans tout établissement non mentionné au premier point (CSO, SMR spécialisé, CHU). Les médecins compétents en nutrition et les chirurgiens bariatriques relèvent, eux, de l'habilitation au titre de leur exercice en CSO, en SMR ou en CHU (premier point), et non de la présente charte. Ces conditions sont celles fixées par l'arrêté précité : le CSO n'en ajoute ni n'en retire aucune.

3. Principes partagés du bon usage des TMO

Les signataires partagent les principes suivants, conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) :

- inscrire la prise en charge dans un parcours gradué, conforme aux recommandations HAS, en évitant les prises en charge isolées ou non coordonnées ;
- ne recourir aux TMO qu'en deuxième intention, après échec d'une prise en charge nutritionnelle bien conduite d'une durée suffisante (recommandation de 6 mois minimum) ;
- **inscrire le TMO dans une prise en charge globale et pluriprofessionnelle** — nutrition, activité physique adaptée, sommeil, stress et émotions, soutien psychologique, éducation thérapeutique — avec une préparation à l'image de celle requise avant la chirurgie bariatrique ;
- délivrer au patient une information éclairée (bénéfices attendus, effets indésirables, durée, risque de reprise pondérale à l'arrêt) ;
- orienter les situations les plus complexes vers le CSO et la RCP de recours (cf. tableau de phénotypage HAS, annexe D) ;
- garantir la pertinence et la sécurité des prescriptions, et lutter contre le mésusage et les prescriptions inappropriées ;
- respecter la confidentialité, la bienveillance et la non-stigmatisation (lutte contre la grossophobie médicale).

4. Engagements réciproques

Le médecin partenaire s'engage à :

- respecter les recommandations HAS et le cadre de prescription et de remboursement des TMO (voir section 2 et Annexe A) ;
- inscrire toute prescription dans un parcours pluriprofessionnel et global, et assurer le suivi et la traçabilité dans le dossier patient ;
- communiquer avec le CSO et présenter les dossiers complexes en RCP de recours ;
- participer à la Journée Territoriale de l'Obésité (JTO) du CSO Occitanie-Est ;
- être à jour de sa formation (DPC) et de son inscription au tableau de l'Ordre, et justifier de sa compétence en obésité (Annexe, point E) ;
- accepter de figurer dans l'annuaire du CSO comme médecin habilité à la primo-prescription des TMO ; **ce référencement fait partie intégrante du partenariat.**

Le CSO Occitanie-Est s'engage à :

- animer la RCP territoriale de recours et apporter une expertise aux médecins partenaires ;
- diffuser les bonnes pratiques, recommandations et ressources, et faciliter l'accès à la formation ;
- transmettre les comptes rendus utiles à la continuité des soins ;

- tenir à jour l'annuaire des partenaires et y faire figurer le médecin signataire comme habilité à la primo-prescription des TMO ;
- co-signer la présente charte et remettre au médecin un exemplaire signé attestant du lien formalisé avec le CSO ;
- mettre à jour les informations et actualités sur le site internet du CSO : cso.chu-montpellier.fr/fr/centre-specialise-obesite-cso.

5. Effet réglementaire

La signature de la présente charte par les deux parties **formalise le lien médecin-CSO** qui, pour un médecin spécialiste habilité au sens de la section 2, conditionne la réalisation d'une **primo-prescription remboursable des TMO** dans l'indication « contrôle du poids ». Les conditions de prescripteur habilité figurent à la section 2 ; les conditions de remboursement figurent en annexe (point A).

6. Signature des parties

Charte établie en deux exemplaires originaux, un pour chaque partie. L'exemplaire remis au médecin partenaire atteste du lien formalisé avec le CSO Occitanie-Est (CHU de Montpellier).

Le médecin partenaire Nom : Prénom : Spécialité / profession : Lieu d'exercice : N° de téléphone professionnel : N° RPPS : N° CDOM : Atteste avoir lu et approuvé la présente charte et ses annexes. Date et signature :	Pour le CSO Occitanie-Est (CHU de Montpellier) Nom du référent : Fonction : Atteste du partenariat et du lien formalisé avec le médecin. Date et signature :
---	--

Annuaire et données personnelles : les données publiées dans l'annuaire du CSO sont strictement professionnelles (nom, lieu d'exercice, statut de prescripteur). Conformément au RGPD, le médecin dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du CSO / du délégué à la protection des données (DPO) du CHU de Montpellier.

Les modalités opérationnelles détaillées sont précisées dans l'annexe ci-après, qui fait partie intégrante de la présente charte.

Schéma de synthèse — Qui peut prescrire un TMO permettant un remboursement ?

Deux voies d'habilitation : par le lieu d'exercice (1) ou par le lien avec un CSO (2). Synthèse d'après l'arrêté du 10 juin 2026 (JO du 12 juin 2026) ; détail en section 2.

1 MÉDECINS SPÉCIALISTES ET CHIRURGIENS BARIATRIQUES

- **Médecins spécialistes EDN** (spécialité EDN ou anciennement EDMM)
- **Médecins compétents en nutrition** (DESC, FST appliquée ou VAE nutrition)
- **Chirurgiens bariatriques** (DIU de chirurgie de l'obésité)

EXERÇANT DANS L'UNE DES STRUCTURES SUIVANTES

un CSO, ou un SMR mention « gastro-entérologie, endocrinologie, diabétologie, nutrition », ou un CHU.

2 MÉDECINS EXPERTS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ

- **A.** Les médecins coordinateurs de Parcours Coordonné Renforcé (PCR) « Obésité complexe ».
- **B.** Les médecins spécialistes EDN (spécialité EDN ou anciennement EDMM).

DANS CE CAS (B), LE PRESCRIPTEUR DOIT exercer en lien avec un CSO ; ce lien est formalisé par une charte entre le spécialiste en endocrinologie et le CSO, ou par une activité médicale en cours (au moins partielle) en CSO.

→ La présente charte formalise ce lien.

A. Cadre réglementaire et conditions de remboursement des TMO

A.1 — Depuis le **15 juin 2026**, **WEGOVY® (sémaglutide)** et **MOUNJARO® (tirzépate)** sont remboursables à **65 % en ville** et agréés aux collectivités (arrêtés du 23 mai 2026 modifiés par les arrêtés du 10 juin 2026 ; JO des 28 mai et 12 juin 2026). MOUNJARO® est par ailleurs remboursé dans le diabète de type 2 (prescription par tout médecin).

A.2 — Indications ouvrant droit au remboursement (contrôle du poids, adulte ≥ 18 ans), en complément d'un régime hypocalorique et d'une activité physique, après échec d'une prise en charge nutritionnelle bien conduite (perte de poids $< 5\%$ à six mois) :

- **IMC initial $\geq 40 \text{ kg/m}^2$** sans comorbidité ;
- **IMC initial $\geq 35 \text{ kg/m}^2$** avec au moins une comorbidité (liste ci-dessous). L'IMC initial est celui mesuré à l'initiation du traitement.

Comorbidités retenues (au moins une) :

- diabète de type 2 ;
- HTA nécessitant un traitement médicamenteux ;
- hypertriglycéridémie $> 5 \text{ g/L}$, contrôlée à plusieurs reprises et résistante au traitement habituel incluant les mesures nutritionnelles ;
- stéatohépatite non alcoolique (MASH/NASH) ou fibrose hépatique, quel que soit le stade, jusqu'à la cirrhose Child A (accord de l'hépatologue) — la stéatose isolée n'est pas retenue ;
- syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) chez la patiente en âge de procréer ;
- problème de fertilité avec projet d'assistance médicale à la procréation (AMP), sur proposition de l'équipe d'AMP ;
- maladie rénale chronique jusqu'au stade d'insuffisance rénale modérée (3A/3B) après avis néphrologique, voire sévère/terminale avec projet de transplantation (décision collégiale) ;
- SAHOS avec indice d'apnées/hypopnées (IAH) $\geq 15/\text{h}$;
- asthme sévère en lien avec l'obésité, après avis spécialisé (pneumologue, ORL et/ou allergologue) ;
- lombalgies chroniques, coxarthrose ou gonarthrose invalidantes et documentées, après avis rhumatologique et/ou orthopédique ;
- incontinence urinaire invalidante résistante, après confirmation par un gynécologue ou un urologue ;
- hernie pariétale ou éventration symptomatique/complexes imposant une perte de poids avant chirurgie pariétale ;
- hypertension intracrânienne idiopathique résistante à une prise en charge neurologique bien conduite ;
- présence d'un handicap moteur, avec ou sans paraplégie, au cas par cas après avis MPR ou neurologique.

A.3 — *Prescripteurs habilités à la primo-prescription : voir section 2 de la charte (conditions fixées par les arrêtés du 10 juin 2026, JO du 12 juin 2026, NOR SFHS2614799A / texte n° 47 pour WEGOVY® et texte n° 49 pour MOUNJARO® ; abrogeant les arrêtés du 23 mai 2026). Le renouvellement peut être effectué par tout médecin.*

A.4 — **Document justificatif.** La prise en charge est subordonnée au renseignement d'un document via le téléservice de l'Assurance maladie (amelipro), attestant du prescripteur habilité, de l'âge ≥ 18 ans, des critères d'IMC/comorbidité et de l'échec de la prise en charge nutritionnelle. Ce document est remis au patient et présenté en pharmacie lors de la délivrance.

B. Préparation et parcours de soins global

Le TMO n'est pas une fin en soi mais une composante d'un parcours structuré.

Avant l'initiation :

- information et recueil de la motivation et des attentes du patient ;
- évaluation du comportement alimentaire et repérage des troubles des conduites alimentaires (TCA), du contexte psychologique et des vulnérabilités ;
- vérification de l'échec d'une prise en charge nutritionnelle bien conduite et mise en place préalable des mesures hygiéno-diététiques ;
- définition d'objectifs réalistes, centrés sur la santé.

Tout au long du traitement, prise en charge globale et pluriprofessionnelle portant sur :

- la nutrition (accompagnement diététique, prévention de la dénutrition protéique et des carences) ;
- l'activité physique adaptée (APA), avec maintien de la masse musculaire ;
- le sommeil (dépistage et prise en charge des troubles, SAHOS) ;
- la gestion du stress et des émotions, et le soutien psychologique si nécessaire ;
- l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et le soutien à la motivation dans la durée ;
- la coordination pluriprofessionnelle (médecin spécialiste, médecin traitant, diététicien, enseignant APA, psychologue, infirmier) et le recours au CSO pour les situations complexes.

C. Suivi partagé et communication

- le médecin primo-prescripteur (habilité au sens de la section 2) réalise la prescription initiale et informe le patient (bénéfices attendus, effets indésirables, schéma de titration de l'AMM, risque de reprise pondérale à l'arrêt) ;
- le renouvellement et le suivi — y compris les adaptations de dose prévues par le schéma de titration — **peuvent être assurés par tout médecin (médecin traitant ou médecin spécialiste partenaire), en coordination avec le prescripteur initial et le CSO ;**
- les comptes rendus et l'évolution (poids, IMC, tolérance, comorbidités) sont tracés et partagés ; les échanges privilégient les messageries sécurisées de santé ;
- le médecin est destinataire des comptes rendus hospitaliers relatifs à l'obésité des patients qu'il accueille ; les situations complexes ou les échecs sont présentés en RCP territoriale de recours du CSO.

D. Gradation de sévérité et orientation (HAS)

La gradation HAS (stades 1a, 1b, 2, 3a, 3b) détermine le niveau de recours selon sept paramètres de phénotypage clinique (vert = niveau 1, orange = niveau 2, rouge = niveau 3). Un seul paramètre parmi les sept suffit à classer l'obésité dans le stade correspondant. Le tableau de phénotypage clinique est reproduit en page suivante (orientation paysage). Les patients réadressés en ville relèvent du stade 2 (niveau de recours 2).

ANNEXE D — Tableau de phénotypage clinique (gradation de sévérité de l'obésité, HAS)

Un seul paramètre parmi les sept suffit à classer l'obésité dans le stade correspondant. Code couleur du niveau de recours : vert = niveau 1, orange = niveau 2, rouge = niveau 3.

Stade	IMC (kg/m²)	Retentissement médical	Retentissement (QDV / fonctionnel)	Troubles psy. / cognitifs / comportement	Étiologie de l'obésité	Comportement alimentaire	Trajectoire pondérale
1a	30 ≤ IMC < 35	Pas d'anomalie cardio-métabolique ; pas de symptôme physique (ni dyspnée, ni douleurs)	Pas d'impact significatif sur la QDV ; pas de limitation fonctionnelle	Aucun trouble, ou troubles ayant peu d'incidence sur le comportement alimentaire	Commune	Pas d'impulsivité alimentaire	Initiation de prise en charge ; obésité apparue à l'âge adulte
1b	30 ≤ IMC < 35	Anomalie cardio-métabolique débutante (HTA limite, hyperglycémie à jeun, élévation modérée des enzymes hépatiques), ou altérations cardio-métaboliques / hépatiques / respiratoires (HTA, DT2, SAHOS, NAFLD) gérées de façon satisfaisante	Impact modéré sur la QDV et l'état de santé, ou atteinte fonctionnelle modérée (dyspnée stade 2, douleurs occasionnelles)	Retentissement psychologique léger (estime de soi, humeur), ou troubles psychologiques associés bien gérés (ex. dépression traitée et suivie)	Commune	Impulsivité alimentaire sans accès de boulimie	Obésité apparue dans l'enfance / l'adolescence, ou un épisode de rebond pondéral
2	35 ≤ IMC < 50	Altérations cardio-métaboliques (HTA résistante, DT2 difficile à contrôler, NASH/fibrose, SAHOS sévère, SOH) ; ou aggravation par l'obésité d'une maladie chronique sans risque majeur ; ou infertilité ; ou SOPK	Impact marqué sur la QDV et l'état de santé	Pathologie psychiatrique / psychopathologique sous-jacente avec net impact pondéral et/ou comportemental (troubles de l'humeur, anxieux, stress post-traumatique, addictions, etc.)	Obésité commune avec facteur aggravant : traumatisme psychique ; prise de poids sur douleurs chroniques (ex. fibromyalgie) ; médicaments obésogènes	Accès de boulimie épisodiques	Obésité de l'enfance persistante à l'âge adulte ; ou ≥ 2 épisodes de rebond pondéral ; ou échec de prise en charge de niveau 1 ; ou grossesse après chirurgie bariatrique
3a	35 ≤ IMC < 50 si associé à l'un des éléments de cette ligne	Aggravation par l'obésité d'une maladie chronique exposant à un risque majeur ou un handicap fonctionnel (ex. BPCO, maladies neuromusculaires, inflammatoires chroniques, auto-immunes, etc.)	Impact sur la mobilité : périmètre de marche entre 100 et 500 m	Pathologie psychiatrique sévère (ex. dépression sévère, troubles de la personnalité borderline, paranoïaque, schizophrénie, etc.)	Obésité secondaire : dérégulation hormonale (hypercorticisme, acromégalie) ; ou tumeur cérébrale (dont craniopharyngiome...)	Hyperphagie boulimique	Évolution pondérale non contrôlée malgré un accompagnement spécialisé ; ou échec de prise en charge de niveau 2
3b	≥ 50	Retentissement terminal des pathologies chroniques (insuffisance cardiaque, respiratoire, hépatique, rénale dialysée ; transplantés ou en attente de transplantation)	Périmètre de marche < 100 m, voire grabatisation / perte d'autonomie ; ou qualité de vie fortement dégradée	Troubles du spectre de l'autisme ; troubles cognitifs (retard mental, difficultés de compréhension, troubles mnésiques)	Monogénique ou syndromique	Hyperphagie boulimique	Échec de chirurgie bariatrique ; ou indication de chirurgie avec risque opératoire élevé, âge > 65 ans ou < 18 ans

Abréviations : BPCO = bronchopneumopathie chronique obstructive ; DT2 = diabète de type 2 ; HTA = hypertension artérielle ; NAFLD = stéatose hépatique non alcoolique ; NASH = stéatohépatite non alcoolique ; SAHOS = syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil ; SOH = syndrome obésité-hypoventilation ; SOPK = syndrome des ovaires polykystiques ; QDV = qualité de vie.

Source : d'après HAS, « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux », Tableau 2 (juin 2022). Reproduction adaptée à des fins de coordination des soins.

E. Formations recommandées et ressources documentaires

TCA / chirurgie bariatrique / obésité : formation GROS ; DU TCA ; DIU de chirurgie de l'obésité ; DU Prise en charge intégrée des obésités ; MOOC obésité.

Congrès : AFERO, SOFFCO-MM, SFNCM.

Recommandations et références : HAS — Guide du parcours de soins surpoids et obésité de l'adulte ; HAS — Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux (juin 2022) ; Feuille de route obésité 2026-2030 ; Prise de position du GCC-CSO sur les TMO ; arrêtés des 23 mai et 10 juin 2026 (JO des 28 mai et 12 juin 2026).

Synthèse réglementaire : [vidal.fr](https://www.vidal.fr) — [Prise en charge de Wegovy et Mounjaro à partir du 15 juin 2026](#).

Le cadre réglementaire des TMO est susceptible d'évoluer ; cette annexe sera actualisée en conséquence.

F. Outil patient — fiche d'accompagnement du traitement

Fiche d'information remise au patient par le CSO Occitanie-Est / Service de Nutrition-Diabétologie (CHU de Montpellier). Document destiné au patient, fourni à titre d'exemple ; il ne remplace ni la notice du médicament, ni l'avis du médecin ou du pharmacien.

WEGOVY® (SÉMAGLUTIDE) · MOUNJARO® (TIRZÉPATIDE)

Votre traitement injectable pour le poids

Bien le suivre au quotidien — santé, qualité de vie et autonomie.



Service de
Nutrition-Diabétologie

L'objectif n'est pas seulement le poids

Ce traitement vise votre santé globale : souffle, douleurs, sommeil, glycémie, tension, mobilité et qualité de vie. Il réduit la faim et favorise la satiété ; il accompagne vos efforts sans les remplacer.

L'injection en pratique

- **1 fois par semaine**, le même jour, sous la peau (ventre, cuisse ou bras) — plutôt le soir ou après un repas.
- La dose augmente **par paliers** : c'est normal et mieux toléré.
- Changez de point de piqûre à chaque injection.
- Jetez les aiguilles dans un collecteur (pharmacie) ; ne partagez pas votre stylo.
- **Conservation** : au frais avant ouverture (2–8 °C) ; après ouverture, 30 jours max à température ambiante (< 30 °C). Ne jamais congeler.
- **Oubli** : dans les 2 jours, faites l'injection ; au-delà, sautez-la et reprenez au jour habituel.
- N'achetez jamais ce produit sur internet.

Effets digestifs : les soulager

Surtout au début et lors des augmentations de dose — ils s'atténuent avec le temps.

- Mangez lentement, en petites quantités, mâchez bien.
- Évitez le gras, les fritures, le très sucré, l'alcool, les boissons gazeuses.
- **Nausées** : plats à odeur douce, tisane gingembre ou menthe.
- **Constipation** : fibres (pruneaux, légumes), bien s'hydrater (eau riche en magnésium), bouger.
- **Brûlures d'estomac** : dînez léger et tôt, surélevez la tête du lit.
- Buvez ≥ 1,5 L d'eau/jour, plutôt en dehors des repas.
- Si ça persiste : contactez la pharmacienne du service — on peut adapter la dose ou faire une pause.

Bouger : aussi important que l'assiette

- Réduisez le temps assis ; marchez quelques minutes après les repas.
- Visez environ **150 min/semaine** d'endurance (marche, vélo, natation, aquagym).
- Au moins **2 fois/semaine** : renforcement musculaire (élastiques, poids, gym, escaliers, se lever d'une chaise).

Un traitement au long cours — a priori à vie

L'obésité est une maladie chronique. Le traitement agit tant que vous le prenez ; à l'arrêt, le poids revient souvent, même en maintenant vos efforts. Ne changez pas la dose et n'arrêtez pas sans en parler à votre médecin.

Garder vos muscles : protéines ET renforcement

En perdant du poids, on perd aussi du muscle. Pour le préserver, deux choses sont **indissociables** :

- Des **protéines à chaque repas** (visez 60 g/jour).
- Des **exercices de renforcement** — sans eux, les protéines seules ne suffisent pas.

! Indispensable : **protéines ET exercices ensemble**. L'un sans l'autre ne protège pas vos muscles.

60 g de protéines par jour — exemple

MATIN	MIDI	GOÛTER / SOIR
1 skyr (150 g) + 30 g d'amandes	120 g de volaille ou de poisson	1 skyr ou yaourt grec + 2 œufs
≈ 15 + 6 g	≈ 25 g	≈ 15 + 13 g

TOTAL ≈ 60 g de protéines / jour

≈ 20 g de protéines : 100 g viande/volaire cuite (~22 g) · 100 g poisson (~20 g) · 3 œufs (~19 g) · 150 g tofu ferme (~18–22 g) · 220 g lentilles/pois chiches cuits (~18 g) · 200 g skyr (~20 g) · 30 g fromage (~6–8 g).

Se suivre chaque semaine

- Pesez-vous **1 fois/semaine** (pas tous les jours).
- Notez : appétit, troubles digestifs, fatigue, activité, moral.
- Perte très rapide, grande fatigue ou difficulté à manger → contactez votre médecin.

Sommeil & émotions

- Un bon sommeil aide à réguler la faim. Si vous ronflez ou êtes très somnolent(e) le jour, parlez-en (apnées du sommeil).
- Le stress et les émotions poussent à manger sans faim : repérez ces moments. Bouger, se détendre et en parler aident.

! Signes d'alerte — quand consulter en urgence

- **Douleur intense en haut du ventre**, en barre ou vers le dos, avec vomissements ou fièvre → **appelez le 15**.
- Douleur sous les côtes à droite après un repas gras → vésicule, consultez rapidement.
- Vomissements/diarrhée importants, impossibilité de boire, urines très foncées → déshydratation, consultez.
- **Baisse brutale de la vue d'un œil** → appelez le 15.
- Gonflement du visage, éruption, difficulté à respirer → urgence allergique, appelez le 15.
- Grande tristesse ou idées noires → contactez vite un soignant.

- ★ **Astuce :** mangez les protéines en premier et gardez au moins 2 repas/jour même sans faim. Si vous mangez très peu, une boisson protéinée et — sur avis médical — une supplémentation en vitamines D et B12 peuvent aider.

Bien manger

À privilégier

- Fruits, légumes
- Céréales complètes (pain, pâtes, riz)
- Viande blanche, poisson, œufs
- Laitages, légumineuses
- Eau

À limiter

- Boissons sucrées
- Aliments ultra-transformés, fritures
- Charcuteries
- Alcool

À signaler à votre médecin

- Vous prenez de l'**insuline** ou un **sulfamide** (diabète) : risque d'hypoglycémie.
- Trouble de la vue récent (surtout si diabète).
- Antécédent de pancréatite, calculs de la vésicule, ou maladie de l'estomac/intestin.
- Avant toute opération, anesthésie ou endoscopie : prévenez l'équipe.
- Ne prenez pas en même temps un autre médicament de la même famille.

Contraception, grossesse, allaitement

- **Grossesse interdite** pendant le traitement — contraception efficace obligatoire.
- Avant d'essayer d'avoir un enfant : arrêtez **2 mois avant** (Wegovy®) ou **1 mois avant** (Mounjaro®).
- En cas de vomissements ou diarrhée, la pilule peut être moins efficace → préservatif.
- Avec Mounjaro® : préservatif 4 semaines après le début et après chaque augmentation de dose, ou DIU/implant.
- Allaitement : à éviter (avis médical). SOPK : une grossesse peut survenir avec la perte de poids.

Votre interlocutrice pour les questions sur le traitement

La **pharmacienne du service** a animé l'atelier sur votre traitement : posez-lui toute question sur les effets indésirables et la gestion pratique du traitement. Contactez-la via le secrétariat — **Service de Nutrition-Diabétologie, CHU de Montpellier**.

15 En cas d'**urgence vitale** : appelez le **15** (SAMU) ou le **112**. Cette fiche ne remplace ni la notice du médicament, ni l'avis de votre médecin ou pharmacien.