CHARTE DE BONNES PRATIQUES

Prescription et accompagnement des traitements médicamenteux de l'obésité (TMO)

Champ d'application — cette charte s'adresse à tout médecin impliqué dans la prescription ou le suivi d'un traitement médicamenteux de l'obésité (TMO). Elle s'organise autour de trois axes : (1) le respect des conditions de remboursement fixées par l'arrêté du 10 juin 2026, (2) l'application du référentiel scientifique du GCC-CSO sur l'encadrement clinique des TMO, et (3) le respect des obligations légales d'information et de choix thérapeutique partagé applicables à tout médecin, quelle que soit sa spécialité.

Sources de référence

- Arrêté du 10 juin 2026 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux et abrogeant l'arrêté du 23 mai 2026 relatif à la dite liste (JORF, NOR : SFHS2614799A), entrée en vigueur le 15 juin 2026.
- 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, tome 19, n°8, décembre 2025 (45 avis du groupe de travail, 21 informations pratiques).
- Code de la santé publique : articles L. 1111-2 (information du patient) et R. 4127-35 (information loyale, claire et appropriée) ; Code de la sécurité sociale : articles L. 162-17, L. 162-19-1, R. 161-45, R. 163-2.
- Recommandations HAS « Obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux » (2022/2024).

Axe 1 — Respect des conditions de remboursement (arrêté du 10 juin 2026)

L'arrêté du 10 juin 2026 conditionne strictement le remboursement de WEGOVY® (sémaglutide) / MOUNJARO® (tirzepatide) par l'Assurance Maladie. Trois conditions cumulatives doivent être vérifiées et tracées avant toute prescription initiale donnant lieu à remboursement.

1.1 Habilitation du prescripteur

Le médecin prescripteur doit s'assurer qu'il relève bien d'une des catégories de prescripteurs habilités définies en annexe de l'arrêté :

- Médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition (EDN, ou ancienne spécialité EDMM), médecins compétents en nutrition (DESC, FST appliquée, VAE nutrition) ou chirurgiens bariatriques titulaires du DIU, exerçant dans un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), une structure SMR « gastro-entérologie, endocrinologie, diabétologie, nutrition », ou un CHU.
- Médecins coordinateurs de Parcours Coordonné Renforcé (PCR) « Obésité complexe ».
- Médecins spécialistes en endocrinologie-diabétologie-nutrition exerçant en lien formalisé avec un CSO — ce lien devant être matérialisé soit par cette charte signée entre le spécialiste et le CSO, soit par une activité médicale effective (au moins partielle) au sein du CSO.

1.2 Critères médicaux d'éligibilité du patient

Avant toute prescription initiale, le prescripteur doit vérifier et documenter dans le dossier patient :

1. L'échec d'une prise en charge nutritionnelle bien conduite, défini par une perte de poids inférieure à 5 % à six mois, en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique.
2. Un IMC initial ≥ 40 kg/m² sans comorbidité, ou un IMC initial ≥ 35 kg/m² avec au moins une comorbidité retenue par l'arrêté (diabète de type 2, HTA traitée, hypertriglycéridémie sévère résistante, NASH/fibrose hépatique jusqu'au stade de cirrhose Child A, SOPK, infertilité avec projet d'AMP, maladie rénale chronique jusqu'au stade 3B, SAHOS avec IAH ≥ 15/h, asthme sévère lié à l'obésité, atteintes ostéoarticulaires invalidantes documentées, incontinence urinaire invalidante, hernie/éventration pariétale nécessitant une perte de poids préopératoire, hypertension intracrânienne idiopathique résistante, ou handicap moteur).
3. L'âge du patient : 18 ans ou plus.

L'IMC retenu est celui mesuré au moment de l'initiation du traitement indiqué dans le contrôle du poids, indépendamment du statut de remboursement antérieur du patient.

1.3 Renseignement du document de suivi (téléservice dédié)

La prise en charge est subordonnée au renseignement par le prescripteur, via le téléservice de l'Assurance Maladie, des éléments suivants :

Axe 2 — Application du référentiel du GCC-CSO

La prise de position du GCC-CSO (décembre 2025), élaborée avec le réseau FORCE et soutenue par l'AFERO et la SOFFCO-MM, encadre l'usage clinique des TMO indépendamment des conditions de remboursement. Le cabinet s'engage à appliquer les avis du groupe de travail (GT) rappelés ci-dessous. La prise de position du GCC-CSO est destinée à être actualisée. Ainsi, cette charte est susceptible d'être modifiée en fonction de l'actualisation de la prise de position.

2.1 Place du TMO dans la stratégie de soins

- Le TMO n'est jamais un traitement de première intention dans la prise en charge de l'obésité (avis n°1, niveau A).
- Il relève d'une prescription de seconde intention, après une prise en charge nutritionnelle, comportementale (sommeil, gestion du stress) et en activité physique d'au moins 6 mois, conforme aux recommandations HAS 2022, et n'ayant pas permis d'atteindre les objectifs personnalisés du patient.
- L'introduction d'un TMO relève d'une décision médicale partagée, centrée sur le patient, sous la responsabilité du prescripteur qui en assure le suivi régulier.
- Le prescripteur s'assure d'un accompagnement nutritionnel du patient, par lui-même ou par un professionnel compétent en nutrition (diététicien, médecin nutritionniste).

2.3 Vérification du bilan préthérapeutique (HAS)

Avant toute initiation, le GT rappelle que le bilan de prise en charge initiale de l'obésité, conformément aux recommandations HAS, doit avoir été réalisé. Le cabinet vérifie systématiquement :

☐	Évaluation diététique et du comportement alimentaire (dépistage d'un TCA, notamment restrictif ou hyperphagie boulimique)
☐	Évaluation du niveau d'activité physique et recherche d'une sédentarité
☐	Recherche d'une sarcopénie, en particulier chez le patient de plus de 70 ans ou en cas d'obésité sarcopénique suspectée
☐	Évaluation et prise en charge des comorbidités liées au poids (cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, ostéoarticulaires, psychiatriques)
☐	Réalisation d'une échographie abdominale (dépistage d'une lithiase vésiculaire, facteur de risque sous TMO)
☐	Bilan biologique minimal : NFS, plaquettes, ionogramme, coefficient de saturation, ferritine, créatinine et clairance CKD-EPI, CRP, albumine, calcémie, vitamines B9 et B12 — en particulier chez les populations à risque micronutritionnel (âge > 70 ans, IMC > 50 kg/m², précarité sociale, régime d'exclusion, antécédent de chirurgie bariatrique)

☐	Chez le patient diabétique : vérification de l'état rétinien (fond d'œil) avant sémaglutide, en accord avec les recommandations SFD/SFO
☐	Recherche d'antécédents de pancréatite, de troubles de la motricité digestive, de MICI ou d'occlusion intestinale
☐	Chez la femme en âge de procréer : vérification d'une contraception efficace et information sur le risque d'échec en cas de troubles digestifs

Axe 3 — Obligations légales d'information

Indépendamment de la spécialité du prescripteur, le choix d'un traitement et l'information du patient relèvent d'obligations légales et déontologiques qui s'appliquent à tout médecin (articles L. 1111-2 du code de la santé publique et R. 4127-35 du code de déontologie médicale). Ces obligations sont rappelées ici pour sécuriser la pratique du cabinet.

3.1 Information sur l'ensemble des options thérapeutiques

Le patient doit être informé, de manière loyale, claire et appropriée, de l'ensemble des stratégies thérapeutiques disponibles pour sa situation, et non de la seule option envisagée par le prescripteur. Concrètement, pour un patient en situation d'obésité, cela suppose d'aborder :

- les mesures hygiéno-diététiques et la prise en charge comportementale, qui restent le socle de toute stratégie ;
- l'ensemble des TMO disposant d'une AMM dans l'obésité commune de l'adulte (liraglutide, sémaglutide, tirzépatide), avec leurs bénéfices attendus respectifs et leurs profils d'effets indésirables, même lorsque seule une molécule est finalement proposée ou remboursable ;
- la chirurgie bariatrique, lorsque la situation clinique du patient le justifie, le GCC-CSO rappelant explicitement que le TMO n'est pas une stratégie concurrente mais complémentaire de la chirurgie (en néo-adjuvant, adjuvant ou alternatif) ;
- le statut de remboursement de chaque option afin que le patient puisse intégrer cette donnée dans son choix.

3.2 Information sur les incertitudes

L'obligation d'information porte également sur les zones d'incertitude scientifique que le prescripteur doit restituer:

- l'incertitude sur l'effet rebond à l'arrêt du traitement, le recul scientifique connu dans la littérature de ces traitements, les données encore limitées sur certaines populations spécifiques

(grossesse, sujets de plus de 70 ans, patients avec antécédents psychiatriques ou de troubles du comportement alimentaire) ;

3.3 Information et suivi du patient sous TMO selon le GCC CSO

Le GT du GCC CSO recommande d'informer systématiquement le patient, dès l'initiation, sur les points suivants : la cinétique de perte de poids en deux phases (réduction sur ~12 mois, puis plateau), la nécessité d'un traitement envisagé sur le long cours (la maladie obésité étant chronique), le risque de reprise pondérale quasi systematique du poids perdu en cas d'arrêt, les effets indésirables digestifs attendus (fréquents mais habituellement transitoires) et leur prise en charge diététique, ainsi que les signes d'alerte devant conduire à consulter rapidement (douleur évocatrice de pancréatite ou de pathologie biliaire, trouble visuel brutal sous sémaglutide, perte de poids trop rapide, signes de dénutrition).

Un suivi pondéral est programmé à 3, 6 et 12 mois, avec réévaluation de la tolérance digestive, du statut nutritionnel (bilan biologique, force musculaire) et de la pertinence de la poursuite du traitement à chaque palier par les prescripteur initial ou un professionnel compétent en nutrition.

Synthèse — Engagements du cabinet

☐	Vérifier et tracer l'habilitation du prescripteur (exercice en CSO/SMR/CHU ou lien formalisé avec un CSO) avant toute prescription initiale ouvrant droit au remboursement
☐	Vérifier et documenter les critères médicaux d'éligibilité (âge, IMC, échec de la prise en charge nutritionnelle) avant initiation
☐	Renseigner le document de suivi au mieux via le téléservice de l'Assurance Maladie
☐	S'assurer que le bilan préthérapeutique recommandé par la HAS a été réalisé (diététique, comportemental, biologique, échographique, ophtalmologique si DT2)
☐	Respecter la place du TMO en seconde intention, après 6 mois de prise en charge hygiéno-diététique bien conduite
☐	Adapter le choix de la molécule au phénotype du patient selon le référentiel du GCC-CSO
☐	Informer le patient de l'ensemble des options thérapeutiques disponibles, y compris non remboursées ou non prescrites
☐	Informer explicitement le patient des incertitudes scientifiques connues (effet rebond, données à long terme, populations spécifiques)
☐	Recueillir et tracer le consentement du patient dans le cadre d'une décision médicale partagée
☐	Programmer et assurer le suivi à 3, 6 et 12 mois, avec réévaluation de la balance bénéfice-risque à chaque étape

En signant cette charte, le médecin consent au référencement et à la diffusion de ses coordonnées, notamment sur les sites internet des CSO Bretagne Est et Ouest, en tant que signataire engagé dans les bonnes pratiques de prescription et d'accompagnement des TMO de l'obésité

Promotion des formations et des outils

Dans le cadre du maillage territorial fixé par l'ARS Bretagne, il est essentiel de transmettre aux CSO bretons les informations concernant les formations sur la prise en charge de l'obésité que vous organisez.

En tant qu'établissements ressources, les CSO se tiennent à votre disposition pour vous accompagner dans vos actions de formation et de prévention. Un support pédagogique dédié est d'ailleurs disponible pour faciliter vos démarches

Il est également recommandé de promouvoir les outils et l'annuaire du GCC CSO auprès des professionnels de santé avec lesquels vous collaborez au quotidien

Charte Signée avec Les CSO BRETAGNE EST et OUEST

NOM :

PRÉNOM :

Fonction :

Numéro RPPS :

Numéro ADELI :

Date :

Signature :