

Madame, Monsieur,

Vous nous sollicitez au sujet de la prescription d'un Traitement Médicamenteux de l'Obésité (TMO) WEGOVY ou MOUNJARO

Wegovy® et Mounjaro® sont indiqués chez les adultes en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment la perte de poids et le maintien du poids, chez des patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial :

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obésité), où
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$

Cependant le remboursement de ces traitements par la sécurité sociale, à hauteur de 65% du prix, est réservé aux patients adultes en échec d'une prise en charge nutritionnelle bien conduite, et ayant un IMC initial $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ avec au moins une comorbidité *, ou un IMC initial $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ sans comorbidité.

(*pour les comorbidités, cf. question 9 ci-dessous)

Si vous ne remplissez pas ces critères, un TMO pourra quand même vous être prescrit selon certaines conditions, mais il ne sera pas remboursé. Tout médecin est à même de prescrire ce TMO dans ce cas-là et d'en assurer le suivi.

Du fait du nombre de demandes très important, nous ne pouvons pas répondre à vos demandes immédiatement.

Afin de nous aider dans votre prise en charge, nous vous remercions de bien vouloir nous préciser par retour de mail et de façon précise (soit en complétant ce formulaire et en nous le scannant, soit en recopiant les items sur votre message) (merci de compléter tous les items) :

- 1) Nom
- 2) Prénom
- 3) Date de naissance
- 4) Adresse de résidence complète (rue, ville et code postal)
- 5) Numéro de téléphone
- 6) Etes-vous déjà suivi(e) au Centre Spécialisé de l'Obésité Bourgogne ? **Oui** ☐ **Non** ☐
 - Si oui, par quel médecin ?
 - Si oui, date du dernier RDV ?
 - Si oui, date du prochain RDV ?
- 7) Si vous n'êtes pas suivi(e) au CSO
 - Qui vous adresse ? médecin traitant ? spécialiste ? (préciser la spécialité)
 - Nom du médecin (nom, prénom, et lieu d'exercice : ville et code postal)
- 8) Quels sont votre poids actuel et votre taille (hauteur) ?

9) Souffrez-vous d'une pathologie (comorbidité) parmi la liste ci-dessous ? **Oui** ☐ **Non** ☐

- Un diabète de type 2 : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une HTA nécessitant un traitement médicamenteux : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une hypertriglycémie > 5 g/L (contrôlée à plusieurs reprises, en dehors de toute consommation d'alcool et en dehors du déséquilibre d'un diabète de type 2) et résistante au traitement habituel comprenant les mesures nutritionnelles : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une stéatohépatite non alcoolique (NASH) ou une fibrose hépatique (quel que soit le stade de la fibrose jusqu'au stade une cirrhose Child A, après accord avec l'hépatologue). La stéatose isolée n'est pas une comorbidité retenue pour l'indication de TMO : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Un syndrome des ovaires polykystiques chez la patiente en âge de procréer : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Un problème de fertilité masculine ou féminine avec un projet d'AMP, sur proposition de l'équipe d'AMP : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une maladie rénale chronique (jusqu'au stade d'IRC) après avis du néphrologue, voire une insuffisance rénale sévère ou terminale avec un projet de transplantation rénale. Dans ce dernier cas, la décision doit être discutée au cas par cas de façon collégiale avec l'équipe de transplantation : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) avec un IAH $\geq$ 15/h : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Un asthme sévère en lien avec l'obésité après avis d'un pneumologue, d'un ORL et/ou d'un allergologue confirmant les bénéfices attendus par la perte de poids : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Des lombalgies chroniques, une coxarthrose, une gonarthrose, invalidantes documentées, après avis rhumatologique et/ou orthopédique confirmant les bénéfices attendus par la perte de poids : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une incontinence urinaire invalidante ne répondant pas aux modifications thérapeutiques du mode de vie associées aux traitements médicamenteux de l'incontinence urinaire et si besoin de la constipation, après confirmation par un gynécologue ou un urologue que la perte de poids est susceptible d'améliorer les troubles urinaires : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une hernie pariétale ou une éventration symptomatique ou complexe dont le traitement chirurgical impose une perte de poids avant la chirurgie pariétale : **Oui** ☐ **Non** ☐
- Une hypertension intracrânienne idiopathique résistant à une prise en charge neurologique bien conduite : **Oui** ☐ **Non** ☐
- La présence d'un handicap moteur avec ou sans paraplégie : **Oui** ☐ **Non** ☐

10) Avez-vous un bilan récent (cf. bilan obésité recommandations HAS 2022 ci-dessous) et une échographie abdominale récente (moins de 6 mois) (recherche stéatose hépatique et lithiase vésicule biliaire). Si ce n'est pas le cas, merci de demander cela à votre médecin traitant en amont de toute prescription de ces TMO.

Bilan biologique à minima :

1. NUMERATION FORMULE PLAQUETTES / NFP
2. FERRITINE (SANG)
3. CAPACITE DE FIXATION + COEFFICIENT DE SATURATION TRANSFERRINE (SANG)
4. ASAT + ALAT / TRANSAMINASES
5. GGT / GAMMA-GLUTAMYLTRANSPEPTIDASE (SANG)
6. PHOSPHATASES ALCALINES (SANG)
7. BILIRUBINE (SANG)
8. SCORE FIBROSIS-4 (FIB-4)
9. CRP / PROTEINE C REACTIVE (SANG)
10. GLUCOSE (SANG) / GLYCEMIE
11. HBA1C / HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C (SANG)
12. EAL : ANOMALIE LIPIDIQUE / ASP. SÉRUM + CHOL. (TOTAL+HDL+LDL) + TG (SANG)
13. IONOGRAMME (SANG) / NA + K + CL
14. UREE (SANG)
15. CREATININE (SANG)
16. CLAIRANCE CREATININE
17. MICROALBUMINE (URINE) / MICROALBUMINURIE sur échantillon
18. CREATININE (URINE) sur échantillon

11) Prenez-vous déjà un TMO ou avez-vous déjà eu un TMO ? :

Si oui, qui vous l'a prescrit ?

Si oui, le prenez-vous toujours ?

Depuis quand le prenez-vous ?

Si vous le prenez actuellement, nom du TMO et sa posologie

Si vous avez arrêté, depuis quand ? et pourquoi ?

Poids et taille (votre hauteur – attention, à communiquer impérativement) avant le début du traitement

Poids actuel

Effets secondaires dans le passé ? (vomissements, nausées, douleurs abdominales...)

Effets secondaires en cours ?

12) Hésitez-vous entre un TMO et une chirurgie bariatrique ? **Oui** ☐ **Non** ☐

Suite à vos réponses, nous vous proposerons une prise en charge adaptée.

Toute réponse incomplète ne pourra être traitée.

Bien cordialement.

L'équipe du Centre Spécialisé de l'Obésité de Bourgogne.

