Feuille de route

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION D'OBÉSITÉ

2019 - 2022

DGOS-DGS-CNAM
(Contribution HAS)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Introduction

En raison de son impact majeur sur la santé, l'obésité fait l'objet depuis plusieurs années de nombreuses actions publiques, dont le Plan Obésité 2010-2013, menées par différents ministères, l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé (HAS), ainsi que les associations de patients et les Conseils Nationaux Professionnels (CNP). Ces actions ne sont pas aujourd'hui suffisamment connues, suivies et évaluées. Or, de l'impact de chacune d'entre elles, de leur cohérence et leur synergie, dépend l'efficacité de l'implication collective visant à limiter la fréquence de l'obésité et ses conséquences. Un des principaux enjeux de cette politique est également de parvenir à une réduction des inégalités sociales dans ce domaine.

Quelques chiffres à propos de l'obésité

L'obésité est une maladie chronique évolutive qui présente des formes cliniques hétérogènes, allant de l'obésité simple aux obésités massives et complexes. Elle a un impact majeur en termes de santé publique. Une meilleure compréhension de cette maladie, de ses déterminants et de ses conséquences aux niveaux individuel et collectif est nécessaire. Selon une estimation de la Direction Générale du Trésor, à partir des données de 2012 [1], le coût pour l'assurance maladie de la prise en charge des personnes obèses s'élèverait à 2,8 milliards d'euros pour les soins de ville et à 3,7 milliards d'euros pour l'hôpital.

En France, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 17%[2], ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Cette prévalence, qui avait fortement augmenté dans les années 90 et le début des années 2000, est restée stable entre 2006 et 2015, sans différence d'évolution entre les sexes. Globalement, on constate quatre tendances fortes :

- L'augmentation de la prévalence de l'obésité très sévère, qui correspond à un indice de masse corporelle IMC > 40 kg/m². Elle concernait en 2006, 1,3% des femmes et 0,7% des hommes ; en 2016, elle touche 2,1% des femmes et 1% des hommes, soit plus de 500 000 personnes adultes[3];
- La persistance d'inégalités sociales fortes [4] . Dès l'âge de six ans, les enfants d'ouvriers sont 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres ;
- La persistance d'inégalités territoriales importantes. Dans la plupart des départements et collectivités d'outre-mer, la prévalence de l'obésité et des pathologies associées est plus élevée que dans l'hexagone ;
- L'augmentation du recours à la chirurgie de l'obésité, 4,5 fois plus en 10 ans. Or, les techniques chirurgicales ne doivent concerner que des obésités sévères réunissant un

[1] Daniel Caby. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-éco n°179 – septembre 2016

[2] SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / *Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Corpulence*

[3] Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition [Esteban] ; Etude nationale nutrition santé [ENNS]

[4] source : Etude individuelle nationale des consommations alimentaires [INCA]

ensemble de conditions et le recours à la chirurgie n'est à envisager chez les enfants et adolescents que dans des situations exceptionnelles.

Chez les enfants, après une forte croissance, est notée également une stabilisation, voire une légère réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité avec de fortes inégalités sociales : en 2015, 16,9% d'entre eux sont en surpoids, dont plus de 3% sont obèses[5]. Une récente étude menée par la DREES relève que la part des adolescents obèses est passée de 3,8% en 2009 à 5,2% en 2017[6]

En plus d'être une pathologie en soi, l'obésité est un facteur de risque majeur pour les pathologies chroniques les plus fréquentes en France : maladies cardio-vasculaires, diabète de type 2, divers types de cancers, stéato-hépatite non alcoolique, syndrome des apnées obstructives du sommeil, arthrose… Les conséquences psychologiques et sociales (notamment mésestime de soi, dépression, stigmatisation) sont parfois majeures.

Le risque d'obésité des personnes avec une déficience intellectuelle est supérieur à celui de la population générale. La prévalence est doublée (environ 30% parmi les enfants atteints d'une déficience intellectuelle) et les chiffres augmentent lorsqu'il existe des signes du spectre autistique[7]. L'obésité peut aggraver les limitations d'activité que rencontrent les personnes handicapées ou en générer de nouvelles, contribuant ainsi à aggraver les situations de handicap..

Si les pathologies secondaires à l'obésité bénéficient d'une prise en charge protocolisée et organisée, la prise en charge médicale de l'obésité apparaît encore insuffisamment structurée en dehors du secteur hospitalier. En revanche, la prise en charge chirurgicale a connu un essor très important : alors qu'en 2006 on pratiquait environ 15 000 interventions bariatriques par an, ce chiffre atteint 59 300 en 2016[8]. Elle représente désormais 23% des actes de chirurgie viscérale et digestive dans le secteur privé lucratif et 8% dans le secteur public.

La contribution des précédents plans, le plan obésité (PO) 2010-2013, articulé avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS), a été significative en termes de prévention, d'organisation des soins, notamment pour l'outre-mer. L'IGAS[9] a qualifié son bilan de positif à travers l'amélioration du dépistage chez l'enfant et chez l'adulte et la structuration de l'offre de soins. Elle a salué l'impulsion décisive donnée par le PO pour la prise en charge de l'obésité sévère, au moyen de la diffusion des recommandations et outils de bonne pratique de la HAS auprès des médecins généralistes et des pédiatres, du maillage territorial des acteurs et de la structuration de l'offre de soins pour la prise en charge des obésités sévères avec la labellisation de 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO).

[5] source : Esteban
[6] Nathalie Guignon (DREES), Coll. Études et résultats, n° 1122, août 2019
[7] Begarie J, Maiano C, Leconte P, Ninot G. The prevalence and determinants of overweight and obesity among French youths and adults with intellectual disabilities attending special education schools. *Research in developmental disabilities* 2013; 34(5): 1417-25 ; Reinehr T, Dobe M, Winkel K, Schaefer A, Hoffmann D. Obesity in disabled children and adolescents: an overlooked group of patients. *Deutsches Arzteblatt international* 2010; 107(15): 268-75.
[8] DREES, Etudes et résultats, « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », février 2018
[9] IGAS, Rapport 2016-020R « Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013 », juillet 2016

Mais les actions menées se sont heurtées aux obstacles inhérents à la prévention d'une situation multifactorielle et chronique ainsi qu'aux difficultés tenant principalement à la difficulté d'accès aux soins pour tous par l'insuffisance de professionnels formés, à l'absence de remboursement de certains actes ou produits de santé (paramédicaux, psychologues, biologie, compléments vitaminiques…) et au cloisonnement qui persiste entre les différents intervenants. L'enjeu est donc aujourd'hui de poursuivre et de consolider le chantier ouvert ces dernières années en misant sur les parcours de santé, sur le maillage territorial (incluant le hors soins) et sur le partage d'information.

La feuille de route « Prise en charge de l'obésité »

La stratégie nationale de santé (SNS) adoptée en décembre 2017, constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables. Elle est déclinée dans les différents outils régionaux, dont les projets régionaux de santé sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS).

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

- Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.
- Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.
- Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.
- Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

La feuille de route « Prise en charge de l'obésité 2019-2022 » s'intègre dans les axes 2, 3 et 4 de la SNS et le chantier 4 de « Ma santé 2022 ». Ce dernier a pour objectifs la définition d'un parcours, l'élaboration de messages « pertinence » et le développement d'indicateurs qualité du parcours, pour une dizaine de maladies chroniques, dont l'obésité. La HAS et la CNAM ont été missionnées, notamment, pour développer des indicateurs de qualité des soins portant sur des étapes-clefs du parcours, identifiées à partir des connaissances scientifiques actualisées.

Cette feuille de route s'appuie sur les bilans du PNNS, du PO et sur les rapports de l'IGAS, de la CNAM et de l'ANR. Elle tient compte des travaux de différents organismes (CNAM, HAS, HCSP, HCAAM), des sociétés savantes (Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité-AFERO, SOciété Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques-SOFFCO-MM, Société Française de pédiatrie, Association pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie-APOP, Coordination des Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie-RéPPOPs, Société Française de Nutrition, Société française de santé

publique) et des Académies de Médecine et de Chirurgie. Elle a bénéficié de la contribution de médecins, de chirurgiens spécialistes de l'obésité et de représentants associatifs.

La contribution des associations de patients a été significative, s'inscrivant dans les engagements de « Ma santé 2022 », notamment s'agissant d'intégrer le patient comme acteur de la formation et de l'évaluation des professionnels de santé.

Cette feuille de route obésité 2019 – 2022 est axée sur la prise en charge. Elle met l'accent sur les parcours de santé pour les personnes obèses ou à risque de le devenir ainsi que sur l'importance de la fonction de coordination et de suivi. Conformément à l'avis du HCAAM[10], il ne s'agit pas de concevoir des parcours-types mais de permettre aux différents acteurs de créer des organisations améliorant la qualité de prise en charge en rendant possible notamment la prévention en « routine » en dehors de dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et de façon généralisée.

La feuille de route s'inscrit dans la suite du rapport de l'IGAS sur la chirurgie de l'obésité pour améliorer la pertinence des interventions ainsi que le suivi des personnes opérées. Elle s'appuie sur une série d'évolutions récentes renforçant la place des associations dans l'accompagnement des patients et le dialogue entre les structures, les réseaux de proximité et les CSO, dans un contexte où les avancées technologiques amplifient les capacités de partage d'informations entre les intervenants, où l'expérimentation du financement au parcours définit des forfaits de prise en charge incluant l'éducation thérapeutique et positionnant les patients-ressources formés par les organismes agréés. Enfin, elle veille particulièrement à prendre en compte le gradient social pour garantir l'accès aux soins des personnes en situation précaire (populations à faible revenu, à faible niveau de littératie), avec le support des associations de patients.

Les professionnels de santé, les associations de patients, seront étroitement associés à la mise en œuvre de la feuille de route et les ARS concourront à son opérationnalité sur les territoires.

Les quatre axes de la feuille de route « Prise en charge de l'obésité »

[10] HCAAM, *La prévention dans le système de soins – Organisation, territoires et financement*- A partir de l'exemple de l'obésité, avis adopté le 25 octobre 2018

La prévention de la survenue du surpoids et de l'obésité, dite « prévention primaire », est traitée dans l'axe 1 de la SNS, dans le plan national de santé publique (PNSP) « Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie » à travers la promotion de l'activité physique, cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé dans une approche populationnelle tout au long de la vie.

Elle fait l'objet d'actions spécifiques dans le programme National Nutrition Santé (PNNS 4) 2019-2023. En milieu scolaire, ces actions se traduiront par la mise en œuvre de « parcours éducatifs de santé », le renforcement de l'éducation à l'alimentation, l'actualisation des recommandations pour la restauration scolaire, le développement de l'activité physique pendant et hors temps scolaire, la mise à disposition des nouvelles recommandations du PNNS pour les enfants et adolescents de 4 à 17 ans qui se fondent sur les travaux de l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail (ANSES), du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) et de Santé Publique France. Le pilotage s'appuiera sur le suivi régulier de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants.

Les actions phares

1. Détecter précocement les personnes obèses ou à risque d'obésité par la saisie régulière du poids et de la taille dans le Dossier Médical Partagé-DMP, dès le plus jeune âge : en effet, la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie, selon les études, de 20 % à 50 % avant la puberté jusqu'à atteindre entre 50 % et 70 % après la puberté.

2. Orienter les personnes obèses ou à risque d'obésité vers les équipes compétentes. Les parcours de soins seront gradués et personnalisés, c'est-à-dire adaptés à la complexité de la situation de chaque patient. Pour cela, les professionnels pourront s'appuyer sur des référentiels posant les indications justifiant une prise en charge de l'obésité et définissant les conditions d'une coordination renforcée des intervenants.

3. Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et, plus globalement, l'information des personnes obèses : mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient et d'actions privilégiant la formation et l'intervention de patients-ressources, mise à disposition d'une cartographie des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité et des associations de patients.

4. Conditionner, dès 2020, l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon des critères de qualité : information du patient en amont de la chirurgie, inscription dans la durée du suivi des personnes opérées, diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des établissements hospitaliers.

5. Renforcer les centres spécialisés de l'obésité (CSO) dans leur rôle d'animation et de coordination de la filière de soins ainsi que d'appui des professionnels : diffusion des bonnes pratiques, développement de la coordination et du suivi des personnes atteintes d'obésité sévère,

prise en charge des situations complexes notamment chez les enfants. Les CSO doivent être positionnés comme les référents de la prise en charge des obésités sévères.

6. Adapter et soutenir la filière obésité dans les outre-mers notamment en développant la collaboration entre les CSO de l'hexagone et les établissements et professionnels d'outre-mer et en proposant des programmes d'éducation thérapeutique adaptés.

7. Poursuivre le déploiement des expérimentations innovantes en direction de publics ciblés, telles que les expérimentations nationales « Mission Retrouve ton cap » (enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité) et « OBEPEDIA » (enfants et adolescents atteints d'obésité sévère) **et promouvoir les initiatives régionales via « l'article 51 ».** Elles donneront lieu à une évaluation afin d'en tirer les enseignements utiles en perspective d'une éventuelle généralisation.

Sommaire

Introduction 2

Axe 1 : Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés 10

Action 1 : Repérer précocement les personnes à risque d'obésité afin de les orienter 10

Action 2 : Favoriser la prise en charge des personnes atteintes d'obésité par un meilleur accès aux soins 11

Action 3 : Définir et structurer les parcours des patients en fonction de la gravité, de la complexité de l'obésité et du risque de complications 12

Action 4 : Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires 14

Action 5 : Renforcer le rôle des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) 15

Action 6 : Mettre en place, pour chaque département et territoire d'outre-mer, des missions d'appui de CSO de l'hexagone auprès des établissements et des professionnels de ces territoires 16

Action 7 : Développer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) adaptés à la sévérité et à la complexité de l'obésité 18

Axe 2 : Renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence 20

Action 8 : Mieux informer le patient de la nécessité d'une période de préparation avant chirurgie et d'un suivi postopératoire à vie, en cas de chirurgie bariatrique 20

Action 9 : Intégrer la chirurgie bariatrique et la chirurgie reconstructrice après chirurgie bariatrique aux travaux engagés dans le cadre de la réforme des autorisations 21

Action 10 : Renforcer le rôle d'appui des Centres Spécialisés de l'Obésité dans la chirurgie bariatrique, notamment pour l'organisation des RCP de recours, afin de réguler les indications 22

Action 11 : Rendre effectif un suivi médical au long cours après chirurgie bariatrique 23

Action 12 : Evaluer, et valider avant qu'il n'entre dans le panier de soins, chaque acte innovant 24

Action 13 : Décrire et adapter un parcours spécifique des patients réopérés en cas d'échec après chirurgie bariatrique 25

Action 14 : Actualiser les recommandations et préciser celles portant sur des cas spécifiques, en particulier la chirurgie chez les seniors, la chirurgie métabolique, mais aussi l'adaptation du suivi aux différentes techniques chirurgicales 26

Axe 3 : Développer la formation et l'information 27

Action 15 : Etablir une cartographie des professionnels de santé et de la dimension prospective des besoins 27

Action 16 : Renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la personne atteinte d'obésité, incluant l'éducation thérapeutique 28

Axe 4 : Soutenir l'innovation et mieux évaluer 30

Action 17 : Accompagner les expérimentations d'organisation et de financement innovants relatifs à la prise en charge de l'obésité 30

Action 18 : Soutenir et renforcer l'effort de recherche clinique sur l'obésité 31

Action 19 : Mettre en place des études observationnelles 32

Action 20 : Renforcer la place des associations de patients agréées parmi les interlocuteurs des professionnels de santé et les acteurs de la prise en charge des personnes à risque d'obésité et des personnes obèses 33

Glossaire 35

Améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés

Action n°1: Repérer précocement les personnes à risque d'obésité afin de les orienter

Enjeux

Il s'agit de repérer et d'accompagner précocement les personnes à risque d'obésité afin de les orienter dans un parcours de soins adapté et de garantir la continuité des soins.

Pour cela il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé (médecins traitants et pédiatres, médecins scolaires, médecins de PMI, médecins du travail en lien avec les travailleurs sociaux, pharmaciens, …) au repérage des personnes à risque :

- Chez l'enfant : l'obésité des parents, la prise de poids excessive de la mère pendant la grossesse, un changement de couloir sur la courbe d'IMC, un rebond d'adiposité précoce (paramètres à porter sur le carnet de santé)
- Chez l'adulte : l'arrêt du tabagisme, la sédentarité (ou immobilisation), le recours à certains traitements médicamenteux, la rupture des rythmes circadiens, les troubles des conduites alimentaires et le contexte socio-familial et psychologique, une prise de poids excessive pendant la grossesse
- Chez la femme ayant un antécédent de cancer gynécologique : la persistance de l'obésité ou son aggravation comme facteur de récidive

Mesure

- Rendre obligatoire, dans le dossier médical partagé (DMP), la saisie régulière du poids et de la taille par tout médecin ou autre professionnel de santé dès l'enfance, afin de calculer l'IMC et de suivre son évolution en favorisant le repérage des facteurs de risque et des évènements de vie générateurs de prise de poids

Pilote : DGOS
Contributeurs : CNAM, DGS, HAS, professionnels, associations de patients
Calendrier : 2022
Indicateur d'évaluation : taux de DMP renseignant le poids et la taille/nb total DMP ; taux de mise à jour de la taille et du poids tous les 5 ans dans le DMP

Action n°2: Favoriser la prise en charge des personnes atteintes d'obésité par un meilleur accès aux soins selon le stade de sévérité de la maladie

Enjeux

La gradation des soins, en termes de prise en charge de l'obésité, est structurée en trois niveaux:

- **Les soins de premier recours** sont assurés par l'offre de proximité (médecins généralistes, centres de santé, pharmaciens, infirmiers, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, établissements de santé de proximité, etc.) ;
- **Les soins de deuxième recours** (niveau infrarégional) s'appuient sur l'expertise des médecins nutritionnistes et peuvent être dispensés par les médecins des autres spécialités concernées. Les établissements de santé assurent la prise en charge des patients atteints d'obésité en lien avec les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en « affections digestives, métaboliques et endocriniennes » ;
- **Les soins de troisième recours** (niveau régional ou interrégional) sont dispensés auprès des personnes relevant de situations plus complexes, dans les centres hospitaliers universitaires, dans les CSO et en lien avec les SSR spécialisés en obésité.

Il sera tenu compte de la configuration territoriale.

Le transport bariatrique et le véhicule sanitaire léger (VSL) bariatrique sont d'importants vecteurs de l'accès aux soins, réformés par l'article 80 de la LFSS pour 2017 et le décret du 14 juin 2019. Un état des lieux doit être réalisé en région pour évaluer les disparités éventuelles inter-régionales.

La coordination des acteurs est facilitée par les dispositifs existants, notamment les plateformes territoriales d'appui (PTA) -ou la structure désignée par l'ARS en fonction de la configuration territoriale-, en articulation avec les CSO. Les dispositifs de coordination du parcours sont aujourd'hui multiples, ils doivent converger dans un souci de simplification et de lisibilité.

Mesures

- Recenser et étudier les programmes personnalisés, éducatifs et de soins existants proposés aux personnes obèses prises en charge, en tenant compte du stade évolutif du processus, du contexte psycho-social et des ressources disponibles dans l'environnement de vie
- Poursuivre, via les ARS, l'identification dans chaque région des établissements SSR ayant conventionné avec les CSO, et préciser leur place dans un parcours de soins coordonné, structuré et au plus près du domicile (communautés professionnelles territoriales de

santé-CPTS, maisons de santé, etc.). Il s'agit de définir un référentiel professionnel sur les indications justifiant une prise en charge de l'obésité sévère et/ou compliquée en SSR et les conditions permettant cette prise en charge de manière appropriée

- Organiser le transport sanitaire (ambulances et véhicules légers, VSL) des personnes à mobilité réduite du fait de leur corpulence ou des comorbidités (par exemple, IMC>40, handicap moteur, insuffisance respiratoire ou cardiaque), dans chaque région et renforcer la structuration et la lisibilité de cette offre de transport à partir des CSO au moyen notamment de la mise à disposition d'un annuaire
- Améliorer l'accès aux équipements et aux matériels, y compris les matériels d'imagerie lourds (imagerie par résonance magnétique-IRM, scanners), adaptés aux personnes obèses, tout particulièrement pour les patients dont l'IMC est supérieur à 50 kg/m^2, et en fonction de la prévalence de cette obésité

Pilote : DGOS
Contributeurs : DSS, DGCS, HAS, CNAM, professionnels, associations de patients, référents nutrition/obésité des ARS
Calendrier : 2022
Indicateurs d'évaluation : Référentiel des indications de prise en charge de l'obésité sévère et/ou complexe en SSR ; annuaire de l'offre de transport bariatrique.

Action n°3 : Définir et structurer les parcours des patients en fonction de la gravité, de la complexité de l'obésité et du risque de complications

Enjeux

L'insuffisante lisibilité de l'offre, le travail encore trop souvent cloisonné des intervenants, le manque de transmission des informations, la distinction artificielle entre soins et actions sur les modes de vie sont en grande partie responsables de difficultés d'accès aux soins ou de retards de prise en charge.

Les intervenants sont nombreux alors que la structuration du parcours de soins doit permettre à chaque personne (enfant, adolescent, adulte, sujet âgé), en fonction de sa situation médico-sociale, d'être orientée vers les professionnels et structures compétents. La personnalisation de la prise en charge nécessite d'importantes évolutions de filières.

Ces parcours de soins répondent à différentes typologies de situations. Il s'agit de faire une proposition thérapeutique au bon moment pour une personne donnée et lui permettre de faire ses propres choix pour adapter ou changer son mode de vie.

Pour ce faire, il importe de faciliter l'intégration de la prise en charge médicale de l'obésité par les professionnels de ville, dans les territoires, et en ruralité.

Le regroupement et la coordination des compétences médicales et paramédicales peuvent être facilités au sein de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) de ville, de centres de santé, de pôles de santé et de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Certaines prestations pourraient être incluses dans le parcours comme les consultations des diététiciens, psychologues, l'APA, les dosages vitaminiques en ville, les suppléments vitaminiques, les recherches biologiques.

L'enjeu est d'étudier, pour les obésités sévères et/ou compliquées nécessitant une prise en charge par des professionnels spécifiquement formés, la prise en compte dans les modalités de financement :

- de l'évaluation de la gravité de l'obésité et des comorbidités afin d'orienter le patient ou d'adapter son parcours
- de la prise en charge spécialisée portant sur les troubles du comportement alimentaire (psychothérapie clinique ou thérapie cognitivo-comportementale) et sur la reprise de l'activité physique
- de l'épisode de soins de chirurgie bariatrique, le cas échéant

Ces mesures s'articuleront avec les travaux menés dans le cadre du chantier « qualité et pertinence » de la stratégie de transformation du système de santé qui prévoit la structuration du parcours Obésité.

Mesures

- Décrire des parcours-types pour des patients en situation clinique complexe ou à risque, comme l'enfant, la personne atteinte d'une obésité sévère opérée, la personne âgée, la personne atteinte de polypathologies, la personne porteuse d'un handicap psychique, la personne en situation de précarité, ou à la suite d'évènements de vie générateurs de prise de poids, etc. (grossesse, arrêt du tabac, changements de situation professionnelle ou personnelle responsables de sédentarité, préménopause et ménopause, etc.)
- Proposer un modèle économique pour l'évaluation initiale et le parcours de soins, incluant l'éducation thérapeutique, sur la base d'expériences territoriales existantes
- Expérimenter l'opportunité de créer des forfaits sur le modèle du financement hospitalier des pathologies chroniques (exemple : diabète) selon les ambitions de la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS), afin d'inciter à une prise en charge globale et coordonnée et de faire évoluer les pratiques professionnelles dans le champ de l'obésité
- Inciter les établissements à prendre des mesures correctrices dès lors que leurs pratiques s'écartent significativement de la moyenne nationale, ou via la mise en œuvre d'un bonus

sur une série d'indicateurs qualité tenant à la fois compte de la progression propre de l'établissement et de ses résultats au sein d'établissements comparables

- Définir à chaque niveau de soins les modalités de la coordination et du suivi des parcours de soins en s'appuyant sur les nouveaux métiers (ex. infirmier de coordination) et sur les nouveaux outils de communication (télémédecine, e-plateforme, outils connectés…). Evaluer l'intérêt de nouveaux systèmes de classification des obésités et des stratégies thérapeutiques, notamment la grille de sévérité et complexité élaborée par le réseau FORCE, en complément de l'utilisation de l'IMC

Pilote : DGOS
Contributeurs : DGS, DSS, CNAM, professionnels de santé, associations de patients, HAS
Calendrier : 2022
Indicateur d'évaluation : parcours définis pour des patients en situation clinique complexe ou à risque

Action n°4 : Améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires

Enjeux

Cette offre devrait reposer sur trois éléments :

1/ Des professionnels de proximité de premier recours et selon la gradation des soins :

- comportant au mieux, un médecin généraliste, un pharmacien, un diététicien, un psychologue, un enseignant en activité physique adaptée [APA], un patient-ressource, formés à l'éducation thérapeutique (ETP), à l'abord et à la problématique des enfants à risque d'obésité et de la personne souffrant d'obésité, ou encore un technicien de l'intervention sociale familiale de la caisse d'allocations familiales (équipes pluriprofessionnelles)

- délivrant un programme d'ETP dispensé de préférence en proximité, hors de l'hôpital, avec, si possible, la collaboration d'une association de patients et au sein de structures sociales, sur le territoire ; incluant une évaluation portant à la fois sur le programme mis en place et ses résultats

2/ Des soins de deuxième recours (niveau infrarégional), reposant sur les médecins nutritionnistes titulaires du DESC « nutrition » ou du DESC « endocrinologie métabolisme nutrition »

3/ Un CSO animant la filière obésité au niveau régional, en coordination avec la ville pour la prise en charge des cas sévères et complexes

Les patients obèses doivent pouvoir bénéficier des services proposés par les structures de coordination territoriale.

Mesures

- Mettre en place, via les CSO et les ARS, un annuaire des ressources disponibles sur les territoires, intégré au répertoire opérationnel des ressources (y compris le milieu associatif) : les plateformes d'information « parcours de santé de la personne obèse » favorisant une articulation optimisée des différentes compétences
- Répertorier les médecins libéraux formés en nutrition/endocrinologie

Pilote : DGOS
Contributeurs : référents nutrition/obésité des ARS, professionnels
Calendrier : 2020
Indicateur d'évaluation : annuaire des ressources disponibles sur les territoires

Action n°5 : Renforcer le rôle des Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO)

Enjeux

Sur la base d'un cahier des charges[11] rénové, il s'agit pour ces centres :

- De réaffirmer leur fonction d'appui dans l'organisation de la filière Obésité pour faciliter, sous l'égide des ARS, la structuration de l'offre de soins sur le territoire et assurer l'animation de la filière ville-hôpital-médico-social et de ses 3 composantes (médicale, chirurgicale et pédiatrique) ;

- D'être les centres référents disposant des moyens humains et des équipements pour permettre la prise en charge des situations complexes et des maladies rares (chez l'enfant et chez l'adulte), et faciliter la transition adolescent-jeune adulte ;

- D'assurer la coordination et le suivi des patients atteints d'obésité sévère (avec ou sans intervention chirurgicale) en lien avec les CPTS et les PTA ou autre structure de coordination régionale ;

- De conventionner avec des SSR ;

- De développer leur activité de formation et de recherche, en intégrant tous les acteurs du parcours y compris les patients-ressources formés et nommés par les associations de patients;

- De disposer d'une organisation ajustée à leurs missions et bénéficiant d'un financement adapté et pérenne; le cas échéant, se constituer en groupement de coopération sanitaire-GCS selon les recommandations du rapport de l'IGAS.

Il s'agit aussi de revoir l'organisation du recueil d'informations pour garantir la production et la consolidation annuelle des données nécessaires au pilotage de l'activité et des résultats.

[11] Instruction DGS/DGOS/2011 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS3 et du PO par les ARS. Annexe 1, PJ1 « Cahier des charges des centres spécialisés et des centres intégrés »

Mesures

- Réviser le cahier des charges des CSO pour réaffirmer leur fonction d'animation et de pilotage de la filière au niveau régional et territorial et en préciser les attendus (maladies rares, transition adolescent-jeune adulte, …), participation à la structuration de la recherche clinique en lien avec le réseau FORCE, etc.
- Rééxaminer la cartographie des CSO dans les régions et étudier la pertinence et la faisabilité d'une certification (type centres de références maladies rares) pour les CSO
- Revoir les modalités de fonctionnement et de financement en fonction des missions dévolues, selon les recommandations de l'IGAS. En particulier préciser le cahier des charges par une convention entre le CSO-établissement porteur, les associations de patients et l'ARS
- Améliorer l'animation et le pilotage du réseau des CSO en renforçant les missions du Groupe de coordination et de concertation des CSO (GCC-CSO).

Pilote : DGOS
Contributeurs : DGS, CSO, professionnels, CNP, associations de patients, référents nutrition/obésité des ARS
Calendrier : 2020 (sous réserve arbitrage ONDAM 2020)
Indicateur d'évaluation : Mise à disposition du cahier des charges révisé ; délégation et suivi des crédits alloués par les ARS

Action n°6 : Mettre en place, pour chaque département et territoire d'outre-mer, des missions d'appui de CSO de l'hexagone auprès des établissements et des professionnels de ces territoires

Enjeux

Alors que la prévalence de l'obésité en outre-mer est plus élevée que dans l'hexagone, seules la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion disposent d'un CSO.

Il est important de dresser un état des lieux des initiatives déjà prises ainsi que des besoins, avec l'ensemble des acteurs locaux comme ce qui avait été engagé dans le Plan Obésité 2010-2013. Il paraît capital d'analyser les succès et les difficultés des CSO de la Guadeloupe, de la Martinique et de La Réunion.

L'accent doit être mis sur la prévention et sur le continuum avec les soins et sur le rôle du hors soins (tous les acteurs : école, associations, restauration ; distribution).

L'enjeu pour 2019-2022 est de définir et de financer des actions prioritaires. L'augmentation épidémique du diabète de type 2 et de ses complications graves est particulièrement inquiétante. L'organisation de la filière Obésité, dans ses 3 composantes et en tenant compte des spécificités socio-culturelles, doit être priorisée. Il est primordial de développer des programmes d'ETP adaptés à ce contexte de transition nutritionnelle (passage d'une alimentation traditionnelle à un mode de vie occidental).

Il s'agit de développer une prise en charge sur tous les territoires.

Mesures

- Définir un cahier des charges pour aider les équipes locales à organiser la filière Obésité, avec une priorité pour la filière pédiatrique, en lien avec les acteurs de la promotion de la santé
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients et définir les priorités pour leur mise en place dans chaque territoire
- Proposer des missions ponctuelles d'appui technique et un suivi à distance par les CSO
- Développer, soutenir et structurer l'offre de soins locale
- Organiser une concertation entre la DGOS, l'ARS concernée, les équipes locales, la coordination nationale des CSO (GCC) afin de proposer un appui par un CSO de l'hexagone, notamment pour les enjeux organisationnels de la filière et la formation des professionnels de santé
- S'appuyer sur la structuration des soins de ville

Pilote : DGOS
Contributeurs : DGS, professionnels, référents nutrition/obésité des ARS
Calendrier : 2022
Indicateurs d'évaluation : Cahier des charges structurant la filière prise en charge de l'obésité en outre-mer ; production de programmes d'ETP adaptés

Action n°7 : Développer et mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) adaptés à la sévérité et à la complexité de l'obésité

Enjeux

La prise en charge de l'obésité est fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de laquelle le soignant adopte une posture éducative. On distingue deux modalités de mise en œuvre pour les programmes : l'ETP de proximité (en ville, maison de santé, centre de santé, ou en ambulatoire à l'hôpital de proximité) et l'ETP de recours (deuxième ou troisième recours, niveau infrarégional ou régional).

Parce que l'ETP s'inscrit dans la durée et s'adapte aux souhaits et attentes du patient, elle peut être proposée selon des formats qui peuvent se compléter dans le temps. Ces formats d'ETP permettent au patient de gérer les différents éléments de sa prise en charge, de s'adapter à sa situation, d'être soutenu et renforcé dans ses capacités d'autogestion, d'être aidé pour prévenir les rechutes (reprise de poids) et d'être aidé à y faire face.

La cohérence du parcours de soins est un enjeu majeur et requière la coordination entre chaque maillon de la chaîne au niveau territorial comme régional, la communication entre les acteurs et les structures, la lisibilité et l'accessibilité de l'offre de soins.

En conformité avec les recommandations de la HAS [12] et le cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique [13], ces programmes doivent, pour une efficience optimale :

1] être délivrés par une équipe pluri-professionnelle coordonnée par un médecin généraliste ou un médecin titulaire du DESC « nutrition », dont les membres ont été formés en ETP, à l'abord et à la problématique de la personne souffrant d'obésité

2] être dispensés de préférence en proximité, au sein des structures du territoire ou par des équipes mobiles d'éducation thérapeutique

3] inclure une évaluation de l'efficacité et de l'efficience de l'ETP portant à la fois sur le processus du programme mis en place, ses résultats en termes de compétences d'autogestion développées et mises en œuvre par le patient, d'indicateurs de santé et de comportements (poids : stabilisation, perte, épisodes de reprise de poids, d'effets yo-yo, prévention des complications, qualité de vie, indicateur d'activité physique, compétences d'adaptation) et sur la concordance de la proposition du programme avec les attentes des

[12] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
[13] Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient

personnes en bénéficiant. Un point d'attention sera porté sur la place donnée aux nouvelles technologies.

Mesures

- Dresser l'état des lieux des programmes d'ETP sur le champ de l'obésité autorisés et financés par les ARS pour identifier les publics, les modalités mises en œuvre et les contenus proposés pour développer l'éducation thérapeutique en adéquation avec le niveau de sévérité et/ou de complexité de l'obésité
- S'appuyer sur les référentiels existants en termes de contenu des programmes en fonction du degré de sévérité et de complexité de l'obésité
- Prioriser la mise en place de programmes dans les zones à forte prévalence d'obésité, les quartiers défavorisés, et en outre-mer. Des programmes d'ETP doivent être dispensés dans les structures accueillant des populations socialement fragiles (associations de quartiers, etc.)
- S'appuyer sur les expériences locales en donnant des moyens de coordination pour la programmation, l'organisation et l'évaluation des parcours. Pour cela, il peut être fait appel aux pôles de ressources en ETP, mis en place par les ARS
- Faciliter le portage et la coordination des programmes ETP par des patients-ressources formés

Pilotes : DGS, DGOS
Contributeurs : HAS, professionnels de santé (CNP, Sociétés savantes), associations de patients, référents nutrition/obésité des ARS

Indicateur d'évaluation : nombre de programmes d'ETP mis en place dans les quartiers défavorisés ? ou proportion de quartiers défavorisés dans lesquels des programmes d'ETP ont été mis en place ?

Renforcer la régulation de la chirurgie bariatrique pour une meilleure pertinence

Action n°8 : Mieux informer le patient de la nécessité d'une période de préparation avant chirurgie et d'un suivi post-opératoire à vie, en cas de chirurgie bariatrique

Enjeux

La chirurgie bariatrique concerne uniquement les obésités sévères. Ses indications doivent être précisément posées et le suivi post-opératoire prolongé, selon les recommandations de la HAS. le patient doit être clairement informé, et sa compréhension évaluée, y compris en ce qui concerne la possibilité de ré-interventions.

Mesures

- En tant que référent du patient et garant de l'information délivrée, inciter le médecin traitant à s'impliquer et à consolider sa place dans les pratiques préopératoires (information sur les bénéfices et les risques de la chirurgie bariatrique, sur le résultat des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et le suivi obligatoire au décours de l'intervention, notamment)
- Rendre publics, pour chaque établissement hospitalier, les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) relatifs à la prise en charge préopératoire de l'obésité, et définir des indicateurs relatifs au suivi post-opératoire
- Renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes, des paramédicaux et des diététiciens, sur la chirurgie bariatrique
- Sensibiliser le patient sur la nécessité d'un suivi pour prévenir d'éventuelles complications à long terme au moyen de documents fournis par leur référent médical et/ou le CSO dans le cadre de sa prise en charge

Pilote : DGOS
Contributeurs : DGS, DSS, CNAM, HAS, professionnels, associations de patients

Calendrier : 2022
Indicateurs d'évaluation : Indicateurs IQSS ; orientations stratégiques ANDPC

Action n°9 : Intégrer la chirurgie bariatrique et la chirurgie reconstructrice après chirurgie bariatrique aux travaux engagés dans le cadre de la réforme des autorisations

Enjeux

Conformément aux constats développés dans le rapport de l'IGAS sur la chirurgie bariatrique, l'adhésion aux recommandations sur les indications et la préparation à la chirurgie bariatrique est loin d'être optimale. Le suivi post-opératoire à moyen et long terme est défaillant pour de multiples raisons. Le nombre des interventions chez les mineurs reste élevé -plus de 80 interventions par an (analyse CNAM à partir des données PMSI 2016-projections 2017) -, en dépit du dispositif de demande d'accord préalable mis en place en 2015[14].

Le régime d'autorisation actuel de l'activité de chirurgie et, par voie de conséquence, celui de l'activité de chirurgie bariatrique, souffrent de l'absence de conditions réglementaires aussi bien d'implantation que techniques de fonctionnement. Aussi, apparaît-il nécessaire de préciser les conditions d'autorisation.

Les critères d'autorisation des centres sont à étudier : seuils d'activité, prérequis, conditions techniques de fonctionnement, critères d'agrément etc.

Il importe d'inscrire l'intervention de chirurgie bariatrique dans le parcours de soins du patient (en amont et en aval), de veiller à la pertinence des soins (indication, choix de la technique) et d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

Une attention particulière sera portée à la nécessité d'intégrer l'intervention chirurgicale dans le parcours « prise en charge de l'obésité » du patient, de mettre en œuvre l'obligation d'une concertation entre les professionnels de santé (type RCP) ainsi qu'une décision partagée, avec le patient, pour l'intervention.

Mesures

- Dans l'attente de la réforme du régime des autorisations :

[14] LR/DDGOS/109/2015 du 28 décembre 2015 et Instruction DGOS du 11 janvier 2016 relative à la régulation des actes de chirurgie bariatrique chez les patients de moins de 18 ans

- Revoir le dispositif d'accord préalable afin d'établir un contrôle strict des conditions de prise en charge de la chirurgie bariatrique, au même titre que le dispositif existant chez l'enfant
- Revoir le dispositif d'accord préalable pour les techniques innovantes, au même titre que le dispositif existant chez l'enfant
- Promouvoir le respect des recommandations de la HAS en matière de la chirurgie bariatrique chez les mineurs, particulièrement sur la gestion de la transition pédiatrie-médecine adulte

- Poursuivre, via la réforme des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, la réflexion sur la chirurgie bariatrique.

Dans le cadre du groupe de travail « chirurgie » de la réforme des autorisations, les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins et l'intérêt de la mise en place de conditions spécifiques d'autorisation, notamment en termes de seuils d'activité pour la chirurgie bariatrique, seront étudiés ainsi que l'articulation entre l'amont et l'aval de l'intervention. Les spécificités des établissements situés en zones rurales seront prises en compte.

Pilote : DGOS
Contributeurs : HAS, DSS, CNAM, CNP, sociétés savantes, fédérations, Académie nationale de chirurgie, Académie nationale de médecine, associations de patients
Calendrier : 2020-2021
Indicateur d'évaluation : Décret issu de la réforme des autorisations d'activité de chirurgie

Action n°10 : Renforcer le rôle d'appui des Centres Spécialisés de l'Obésité dans la chirurgie bariatrique, notamment pour l'organisation des RCP de recours, afin de réguler les indications

Enjeux

Les CSO actualisés doivent voir leur territoire clairement délimité pour l'exercice de leurs missions d'animation territoriale : formation des professionnels, des acteurs et information du public.

Leur rôle d'appui dans la structuration de la filière de soins, sous l'autorité des ARS, doit être renforcé.

Mesures

- Positionner les CSO comme pilotes dans l'organisation des RCP de recours : mise à jour du cahier des charges des CSO
- Réaffirmer le rôle de recours des CSO dans les situations complexes pour l'évaluation de la balance bénéfices-risques de l'intervention et pour la prise en charge des complications chirurgicales

Pilote : DGOS
Contributeurs : Référents nutrition/obésité des ARS, CNP
Calendrier : 2020
Indicateur d'évaluation : Mise à jour du cahier des charges des CSO

Action n°11 : Assurer la mise en œuvre effective d'un suivi médical au long cours après chirurgie bariatrique

Enjeux

L'amélioration de l'organisation du suivi des patients en post-chirurgie est une condition d'efficacité au long cours de la chirurgie bariatrique et permet de réduire la survenue de complications.

Les résultats des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 devraient contribuer à l'élaboration de mesures concrètes pour la mise en œuvre de nouveaux modes d'organisation et de financement en direction des établissements de santé.

Certaines expérimentations vont consister à tester différentes modalités de prise en charge et de suivi en direction des patients opérés.

Les objectifs consistent :

- À mettre en place des parcours de suivi post-opératoire,
- À définir les modèles d'interaction entre le médecin traitant, les structures de proximité et l'équipe qui a réalisé l'intervention chirurgicale,
- À proposer un modèle de financement.

Mesures

- Développer des dispositifs de suivi des personnes obèses ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, afin d'éviter qu'elles ne soient perdues de vue (par exemple, envoi d'un message par l'Assurance maladie à partir d'un registre des patients opérés)
- Etudier des dispositifs pour inciter les équipes médicales et paramédicales à développer le suivi post-opératoire, sur l'appui notamment de l'évaluation des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 centrées sur l'organisation de la prise en charge et du suivi des patients obèses orientés vers la chirurgie bariatrique

Pilotes : CNAM, DGOS
Contributeurs : task force Financement (Mission Aubert), associations de patients, DSS, HAS
Calendrier : 2022
Indicateur d'évaluation : Nouveaux modes d'organisation et de financement de la prise en charge de l'obésité étendus et/ou entrés dans le droit commun

Action n°12 : Evaluer chaque acte innovant avant qu'il n'entre dans le panier de soins

Enjeux

Des innovations chirurgicales, utilisant notamment les dispositifs médicaux, sont en cours de développement qui n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation. Elles doivent faire l'objet d'essais cliniques.

L'enjeu réside dans la pertinence du recours à ces techniques dans les pratiques des professionnels.

Mesures

La prise en charge des actes de chirurgie bariatrique, y compris de chirurgie bariplastique, passe par la systématisation des étapes suivantes :

- La réalisation préalable d'études de recherche clinique et/ou médico-économique (via un forfait innovation, les programmes de recherche ministériels ou tout autre programme de recherche appliquée en santé)
- Un enregistrement de chaque acte au moyen d'un code spécifique

- Une évaluation conditionnant sa prise en charge
- Un suivi prédéfini des patients

Pilote : DGOS
Contributeurs : DGS, HAS, DSS*, CNAM*

Action n°13 : Décrire et adapter un parcours spécifique des patients réopérés en cas d'échec après chirurgie bariatrique

Enjeux

La régulation de la chirurgie bariatrique est une priorité, en particulier dans le cadre de réinterventions rendues nécessaires du fait d'un échec (perte de poids insuffisante ou reprise pondérale) ou de la survenue de complications.

Des données sur les complications post-opératoires sont étayées dans le rapport IGAS de janvier 2018 : complications digestives (lithiase biliaire, occlusion, hémorragie, ulcère, troubles du transit, etc.), risques liés à la perte de la masse musculaire mais aussi comorbidités telles que des carences nutritionnelles ou des difficultés psychologiques pouvant induire, outre une reprise de poids, le développement d'addictions ou de troubles anxieux dépressifs : de 5 à 20% selon la technique opératoire. A partir de données issues de cohortes de patients opérés, la CNAM [15]avait relevé les taux de réintervention à 3 ans : 22% après la pose d'un anneau gastrique, 5% après sleeve et 1,6% après bypass.

La HAS (2009) recommande le suivi à vie des patients opérés : 4 fois par an la 1ère année et 1 à 2 fois par an ensuite.

Mesures

- Définir un parcours spécifique pour les personnes relevant d'une réintervention
- Inciter à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS) et des plans d'amélioration mis en place pour les diminuer

Pilote : DGOS

[15] CNAM, Rapport Charges et Produits pour 2016, juillet 2015

Contributeurs : HAS, DGS

Action n°14 : Actualiser les recommandations et préciser celles portant sur des situations spécifiques, en particulier la chirurgie chez les personnes âgées, la chirurgie métabolique, mais aussi l'adaptation du suivi aux différentes techniques chirurgicales

Enjeux

Il est nécessaire que les parcours de soins incluant la chirurgie soient adaptés à la complexité de chaque personne (enfant, adolescent, adulte, personne âgée, personne en situation précaire, personne en situation de handicap, etc.) et prennent en compte son environnement (familial, social, économique, etc.).

Mesures

- Compléter les recommandations sur la chirurgie bariatrique pour les populations fragilisées, à risque ou aux besoins spécifiques
- Elaborer des recommandations sur la chirurgie métabolique

Pilote : DGOS
Contributeurs : HAS, DGS, professionnels (CNP, sociétés savantes…)
Calendrier : 2022
Indicateur d'évaluation : recommandations concernant la chirurgie bariatrique dans des populations spécifiques

Développer la formation et l'information

Action n°15 : Etablir une cartographie des professionnels de santé et de la dimension prospective des besoins

Enjeux

L'obésité est une problématique sociétale, qui nécessite d'être mieux comprise de l'ensemble des acteurs. Face à la prolifération d'informations sur la perte de poids, sans bases scientifiques validées, une parole forte de référence sur le sujet est nécessaire. L'information des patients est fondamentale en matière d'obésité. La lutte contre la discrimination est également un enjeu fort.

Des priorités doivent porter sur la formation des médecins généralistes et sur l'évolution du nombre de médecins compétents en nutrition. Il s'agit de veiller à l'adéquation entre les besoins et le nombre de médecins formés dans la spécialité nouvellement constituée dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études médicales endocrino-diabétologie-nutrition (EDN).

Mesures

- Réaliser une cartographie des médecins spécialisés titulaires d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de Nutrition, des médecins titulaires d'un diplôme d'études spécialisées (DES) d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, des chirurgiens titulaires d'un diplôme universitaire de chirurgie bariatrique, des endocrinologues, psychiatres et autres médecins et professionnels paramédicaux spécialisés dans la prise en charge de l'obésité, des patients-ressources ainsi que des associations de patients
- Cartographier la dimension prospective des besoins et des ressources médicales et paramédicales, disponibles et à mobiliser, pour la prise en charge et la coordination des soins des personnes obèses
- Améliorer l'adéquation entre le nombre de médecins formés dans le cadre du DES « endocrino-diabéto-nutrition » et les besoins de soins, compte tenu de la taille importante de la population nécessitant une prise en charge nutritionnelle (prévalence de l'obésité en France de 16%, 600.000 patients ayant eu une intervention de chirurgie bariatrique)

Pilote : DGOS
Contributeurs : Professionnels, responsables de l'enseignement (Collège des enseignants du DES, etc.), associations de patients
Indicateur d'évaluation : cartographie des professionnels de santé

Action n°16 : Renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge de la personne atteinte d'obésité, incluant l'éducation thérapeutique

Enjeux

Le niveau de connaissance sur cette maladie hétérogène est faible en ce qui concerne les représentations de la maladie et ses dimensions biologiques, comportementales et environnementales (effets de l'urbanisation et du mode de vie, facteurs socio-culturels et économiques). En effet, les déterminants de la prise de poids ou de la résistance au traitement sont nombreux et souvent associés : programmation précoce biologique génétique ou épigénétique (capacité d'expansion du tissu adipeux, comportement alimentaire), remodelage fibro-inflammatoire du tissu adipeux dans les formes chroniques sévères, précarité socio-économique, facteurs psychologiques impliqués dans les troubles des conduites alimentaires.

Les nouveaux moyens pédagogiques et de diffusion de l'information doivent être utilisés. La formation est la condition première pour améliorer la qualité des soins et pour attirer les futurs professionnels.

Les formations porteront notamment sur les représentations sociales, sur les causes et conséquences de la prise de poids, sur les différentes facettes de la prise en charge, le travail en équipe et l'évaluation des pratiques. Les associations de patients reconnues seront parties prenantes. Des outils pédagogiques, de type cours en ligne ou MOOC, seront développés et partagés.

La prise en charge de l'obésité est pluriprofessionnelle, pluridisciplinaire et pluridimensionnelle et nécessite l'intervention de professionnels formés aux spécificités de l'obésité, tant en ville et à l'hôpital, que dans le secteur social et éducatif.

Les personnes atteintes d'obésité souffrent d'une image dégradée, fondée sur des préjugés culpabilisants fortement ancrés dans une société qui fait de la minceur un symbole de réussite et font l'objet de discriminations,.

Mesures

- Promouvoir la mise à jour et le renforcement du cursus de formation des diététiciens
- Maintenir, dans les orientations prioritaires du Développement Professionnel Continu (DPC), une orientation sur le repérage de l'obésité et sa prise en charge pluri professionnelle, ainsi que sur les questions relatives à la prévention de la stigmatisation, les questions éthiques et déontologiques, la connaissance des causes et conséquences de l'obésité
- Etablir une cartographie de l'offre de formation sur le site de l'Agence nationale du DPC (ANDPC)
- Favoriser les protocoles de coopération pour les professionnels de l'obésité, pour coordonner le suivi des patients
- Analyser l'impact de l'intervention des infirmiers en pratique avancée formés en « pathologies chroniques stabilisées : prévention et polypathologies courantes en soins primaires », dans la prise en charge des patients en surpoids ou obèses

Pilote : DGOS
Contributeurs : DGS, ANDPC

Soutenir l'innovation et mieux évaluer

Action n°17 : Accompagner les expérimentations d'organisation et de financement innovants relatifs à la prise en charge de l'obésité

Enjeux

De nombreux projets régionaux portant spécifiquement sur l'obésité sont présentés dans le cadre de l'article 51, qui permettront de tester des forfaits pour des suivis au long cours ou par épisode de soins.

Deux expérimentations nationales, menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, portent spécifiquement sur les jeunes enfants et les adolescents pour offrir une prise en charge précoce et adaptée :

- « Mission : Retrouve ton cap ». Portée par la CNAM, déployée dans 3 territoires, elle propose une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique, activité physique) d'une durée maximale de 2 ans, à la fois plus précoce et mieux adaptée aux besoins des enfants de 3 à 8 ans en incluant étroitement l'entourage familial. Les enfants ciblés sont ceux à risque d'obésité parmi lesquels les enfants en surpoids, les enfants présentant un rebond d'adiposité précoce ou présentant une ascension continue de la courbe de corpulence (IMC) depuis la naissance ou présentant un changement rapide de couloir vers le haut. Des structures de 1er recours ont été retenues. Une rémunération forfaitaire annuelle est versée par la caisse d'assurance maladie dont relève la structure, en fonction des consultations et bilans réalisés.
- « OBEPEDIA ». Elle vise à renforcer le lien entre la ville et l'hôpital, et à corriger les risques de rupture de soins au moyen de la déclinaison d'un parcours de soins auprès d'enfants et d'adolescents de 3 à 18 ans en situation d'obésité sévère et/ou complexe. L'innovation réside dans une tarification au forfait, par phase d'interventions, comprenant la prise en charge par les professionnels médicaux et non médicaux et la coordination entre les acteurs.

Mesure

- Accompagner, évaluer et tirer les enseignements des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 afin d'envisager leurs modalités d'intégration dans le droit commun

Pilotes : DGOS, CNAM
Contributeurs : DGS, HAS, DSS*, Mission Article 51*
Calendrier : 2022
Indicateur d'évaluation : Bilan provisoire des 2 1ères années d'inclusions OBEPEDIA (2019-2021)

Action n°18 : Soutenir et renforcer l'effort de recherche clinique sur l'obésité

Enjeux :

Il s'agit d'inciter au dépôt de projets de recherche, de soutenir les équipes et d'accroître l'expertise nécessaire à la conception d'études portant sur la prise en charge de l'obésité.

Selon leurs objectifs scientifiques, les projets de recherche peuvent être financés dans le cadre de programmes multidisciplinaires via l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) ou en aval et appliqués via le Programme Hospitalier de Recherche Clinique-PHRC (sécurité ou efficacité), le Programme de recherche médico-économique (PRME) (efficience et médico-économie), le Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS) (organisation) ou le Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) (recherche paramédicale).

On s'appuiera sur les équipes de chercheurs et les dispositifs déjà présents dans le domaine (FORCE, Centres de Recherche en Nutrition Humaine (CRNH), Centres d'investigation clinique (CIC), Instituts hospitalo-universitaires (IHU), Fédération Hospitalo-Universitaire (FHU).

Mesures

- Soutenir l'élaboration d'un système de gradation des formes cliniques de l'obésité, selon leur sévérité et leur complexité
- Mieux caractériser les implications et complications de la chirurgie bariatrique, notamment en fonction de la technique utilisée et par rapport à une prise en charge médicale intensive

- Mieux appréhender les phénomènes psychologiques ou psychiatriques mis en jeu dans le développement de l'obésité et dans la résistance au traitement
- Définir, organiser et tester des parcours innovants pour les patients obèses, y compris au cours des essais thérapeutiques
- Approfondir et diffuser les connaissances (indications opératoires, conditions de la chirurgie, résultats selon les pratiques chirurgicales et caractéristiques du patient) sur les innovations thérapeutiques en cours de développement et qui doivent faire l'objet d'essais cliniques : dispositifs médicaux et transplantations de flore, nouvelles molécules pour les formes génétiques et autres
- Améliorer l'accès aux traitements médicamenteux de l'obésité
- Prévention de l'obésité : interventions, programmes à destination des personnes en surpoids
- Suivi des personnes obèses ou opérées

Pilote : DGOS
Contributeurs : MESRI, ANSM, professionnels, associations de patients

Action n°19 : Mettre en place des études observationnelles

Enjeux

La création d'une base de données nationale est à soutenir pour permettre le suivi à long terme de cohorte de patients, en intégrant les nouveaux outils connectés capables de faciliter l'échange d'information avec les patients.

Compte tenu du manque de données disponibles quant aux conséquences à long terme de la chirurgie bariatrique chez des adolescents, le suivi de ces populations est une priorité.

Mesures

- Organiser, sur un échantillonnage représentatif de la population (adultes et enfants), une mesure régulière du poids et de la taille, en prenant en compte les caractéristiques phénotypiques et socio-culturelles

- Intensifier le suivi épidémiologique du taux de recours à la chirurgie bariatrique (une attention particulière sera portée aux mineurs) ainsi que des différents actes réalisés (favoriser la mise en place d'un registre national)
- Suivre les nouveaux actes avec des codes spécifiques pour encadrer les techniques chirurgicales innovantes, en créant de nouveaux codes de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) permettant de tracer l'utilisation de ces techniques en documentant la question des techniques non encore évaluées ou en cours d'évaluation (bypass en oméga, N-sleeve, intervention associant une sleeve gastrectomie à une dérivation intestinale (SADI), bipartition, techniques endoscopiques, etc.)
- Etudier la balance bénéfice-risque et l'impact médico-économique de la chirurgie bariatrique au long cours, en fonction de la technique utilisée et de la complexité de l'obésité, par comparaison à une prise en charge médicale, en y incluant un questionnement sur l'expérience patient et en prévoyant le recueil de résultats en terme de qualité de vie
- Suivre la cohorte exhaustive des adolescents opérés (Bari-Ado) ; la comparer à la cohorte d'adolescents bénéficiant d'une prise en charge médicale intensive (expérimentation ObéPédia sur le volet scientifique) grâce aux données du Système national des données de santé (SNDS) et de questionnaires ad-hoc
- Organiser le suivi des enfants des femmes opérées

Pilotes : CNAM, DGOS
Contributeurs : HAS, DGS, professionnels, Santé Publique France

Action n°20 : Renforcer la place des associations de patients agréées parmi les interlocuteurs des professionnels de santé et acteurs de la prise en charge des personnes à risque d'obésité et des personnes obèses

Enjeux

L'amélioration de la prise en charge et de l'intégration sociale de la personne obèse nécessite d'associer les savoirs expérientiels des patients et des proches aidants avec les savoirs académiques et cliniques des professionnels de santé. Cette démarche concourt à une relation de soin de qualité et favorise l'autonomie du patient. Il s'agit de veiller à l'implication des patients notamment des patients-ressources formés, à tous les niveaux de la chaîne de soins :

- En facilitant la création d'un comité de patients-ressources s'appuyant sur les associations de patients dans chaque CSO

- En favorisant la formation des patients-ressources et leur implication au niveau territorial et dans les CSO (personnes opérées ou non), dans les parcours de prise en charge de l'obésité, et notamment dans les programmes d'éducation thérapeutique
- En incitant les acteurs à recourir aux patients-ressources formateurs lors de formations de professionnels de santé

Cette évolution implique une collaboration étroite entre les professionnels de santé et les associations de patients.

Mesures

- Créer une charte pour les associations de patients qui permettra de valoriser leurs activités d'information et/ou de soutien, tout en précisant leurs missions
- Faciliter l'adhésion et l'implication des patients dans leur prise en charge via la diffusion de l'annuaire des associations agréées par le ministère, le référencement au sein des CSO
- Recueillir l'expérience des patients de façon régulière en les interrogeant sur leur satisfaction mais également sur leur qualité de vie et la sécurité des soins
- Faciliter dans chaque région la formation des patients-ressources à l'éducation thérapeutique en soutenant des expériences pilotes au niveau national, centrées sur la valorisation des savoirs expérientiels d'une part et sur l'acquisition des compétences pédagogiques d'autre part
- S'appuyer sur les patients-ressources formés par un organisme agréé, pour mettre en place les programmes d'ETP et, plus généralement, les parcours de soins

Pilotes : DGOS, DGS
Contributeurs : associations de patients, DSS

Glossaire

A

ARS	Agence Régionale de Santé
AFERO	Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité
APOP	Association pour la Prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie-
APA	Activité Physique Adaptée
AN-DPC	Agence Nationale du Développement Professionnel Continu
ANR	Agence Nationale de la Recherche
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

C

CNAM	Caisse Nationale de l'assurance maladie
CNP	Conseil National Professionnel
CSO	Centre Spécialisé de l'Obésité
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRNH	Centre de Recherche en Nutrition Humaine
CIC	Centre d'investigation clinique
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux

D

DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DMP	Dossier Médical Partagé
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
DPC	Développement Professionnel Continu

E

EIGS	Evènement Indésirable grave associé à des soins
EDN	Endocrinologie-diabétologie-nutrition
ETP	Education Thérapeutique du Patient

F

FHU	Fédération Hospitalo-Universitaire

G

GCS	Groupement de Coopération Sanitaire

H

HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

I

IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC	Indice de Masse Corporelle
IQSS	Indicateur de Qualité et de Sécurité des Soins
IHU	Institut hospitalo-universitaire

L

LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale

M

MESRI	Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
MOOC	Massive Open Online Course (ou « cours en ligne ouvert et massif »-CLOM)

P

PNDS	Plan National de Santé Publique
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PO	Plan Obésité
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PRME	Programme de Recherche Médico-Economique
PREPS	Programme de REcherche sur la Performance du Système des soins
PHRIP	Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale

R

RePPOPs	Réseaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

S

SNS	Stratégie Nationale de Santé
STSS	Stratégie de Transformation du Système de Santé
SOFFCO-MM	SOciété Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques
SSR	Etablissements de soins de Suite et de Réadaptation
SNDS	Système National des Données de Santé

V

VSL	Véhicule Sanitaire Léger

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ