

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Plan obésité - Axe 1 : améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage

Mesure 1.6 : Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation

Action 9

**Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée
à des prises en charge adaptées en SSR**

L'objectif est d'assurer, dans une logique de gradation des soins, **l'accès et la prise en charge globale et adaptée des patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée dans des établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), en lien avec les centres spécialisés de l'obésité chargés d'animer des filières de soins avec les acteurs des territoires concernés.**

Le libellé « obésité sévère et/ou multi compliquée » utilisé dans ce document désigne les cas d'obésité dont l'IMC est supérieur ou égal à 40 kg/m² (obésité massive) et les patients dont l'IMC est supérieur à 30 kg/m² et qui présentent des complications et des comorbidités complexes et invalidantes (obésité multi compliquée).

L'obésité est une maladie chronique, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves qui nécessite une prise en charge médicale structurée.

La prévalence de l'obésité sévère est élevée dans notre pays (environ 4 % de la population adulte). Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'obésité laissent craindre une progression importante de cette problématique.

Les comorbidités de l'obésité sont à l'origine de handicaps fonctionnels parfois majeurs liées notamment aux complications mécaniques (articulaires notamment) et cardio-respiratoires. Les conséquences sont également psychosociales et conduisent fréquemment à une stigmatisation des personnes obèses.

Les établissements de SSR sont particulièrement concernés par cette question émergente puisque les prises en charge en SSR ont pour objet principal de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité.

A ce titre, les établissements de SSR doivent participer activement à l'adaptation de l'offre de soins en développant des prises en charge de l'obésité basées sur une approche médicale, diététique, physique, éducative et psychologique afin d'assurer aux patients la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, ainsi qu'une meilleure qualité de vie

Sont prioritairement concernés ici

- **Pour l'accueil des adultes** : les SSR autorisés à la prise en charge spécialisée des : « affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien ».
- **Pour l'accueil des enfants et adolescents** : les SSR autorisés à la « prise en charge des enfants et/ou adolescents » ainsi qu'à la prise en charge spécialisée des « affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien », à condition que cette spécialité s'applique au segment pédiatrique de l'établissement.
 - o Dans certains cas, des SSR porteurs d'autres mentions spécialisées (« affections respiratoires », « affections cardio-vasculaire » ou « affections de l'appareil locomoteur ») pourront être concernés s'il n'y a pas, à ce jour, dans la région, d'établissements SSR spécialisés « affections des systèmes digestif, métabolique, endocrinien » positionnés sur la prise en charge de l'obésité.

Si le présent cahier des charge précise les conditions d'accueil et de prise en charge des cas les plus graves dans des établissements à identifier, l'obésité moins sévère relève également en priorité d'une prise en charge dans les établissements SSR spécialisés dans la prise en charge des « affections digestives, métaboliques et endocriniennes » et développant une prise en charge spécifique de l'obésité.

Le présent document s'appuie sur les recommandations des décrets de 2008 relatif à l'activité de SSR¹. Il ne s'agit pas de créer une nouvelle mention mais de préciser les conditions d'une prise en charge « optimale » de l'obésité sévère et/ou multi compliquée et de rendre l'offre de soins plus lisible sur ce segment spécifique.

¹ Décrets n°2008-377 et 2008-376 relatifs aux contions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

I. Missions et indications principales de prise en charge en SSR

A. Chez l'adulte

L'objectif d'un séjour en SSR pour des patients obèses sévères et/ou multi-complicés est d'assurer une prise en charge :

- des comorbidités complexes et invalidantes telles que diabète, complications cardio-vasculaires ou ostéo articulaires.
- **pré et/ou post chirurgicale** : pour la **chirurgie bariatrique**, en raison de leurs comorbidités majeures ces patients ont besoin d'un accompagnement spécifique notamment psychologique, mais également pour d'autres types de chirurgie (**chirurgie orthopédique, réparatrice, transplantation d'organe...**)

Différents types de séjours en découlent :

1. Situations somatiques graves ou invalidantes ou comportant plusieurs comorbidités :

Pour des complications somatiques graves ou pour une préparation à la chirurgie (ex : chirurgie cardiaque ou orthopédique), une perte de poids « encadrée » pendant plusieurs semaines peut s'avérer nécessaire dans une perspective médicale à court et moyen termes.

Entrent dans cette catégorie les patients présentant une obésité sévère et invalidante, et une au moins des comorbidités sévères telle que :

- syndrome des apnées du sommeil (SAS), syndrome obésité-hypoventilation (SOH), insuffisance respiratoire chronique,
- diabète poly compliqué avec hyperglycémie chronique non contrôlée (HbA1c > 8 %),
- cardiopathies avec dégradation de la fonction cardiaque (insuffisance cardiaque),
- arthrose évoluée (gonarthrose, coxarthrose), lombalgies sévères
- insuffisance rénale, protéinurie sévère (ex : > 1 g /24h)...
- stéato-hépatite métabolique, avec ou sans fibrose, cirrhose hépatique

2. Suite de soins aigus pour les sujets nécessitant des équipements adaptés :

Ce type de prise en charge est proposé aux patients sévèrement obèses qui sortent d'un séjour MCO pour une pathologie aiguë et dont l'état de santé n'autorise pas le retour à domicile, alors qu'une prise en charge spécialisée de l'obésité est susceptible d'avoir un effet bénéfique à court terme.

La prise en charge des complications nutritionnelles de la chirurgie bariatrique au décours de celle ci fait partie des champs concernés par cette mission.

3. Séjours de « rupture » prolongée :

Cette indication correspond au traitement (post-sevrage et/ou de sevrage prolongé) des troubles majeurs du comportement alimentaire (compulsions sévères, hyperphagie boulimique) et aux situations psychosociales complexes (psychopathologies chroniques ou syndrome anxio dépressif récurrent, vulnérabilité sociale) ne pouvant être traitées au domicile et/ou nécessitant un éloignement du milieu familial.

Dans ce cadre, les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) proposés par le SSR devront être ciblés sur l'acquisition et/ou le renforcement des compétences d'adaptation et pas seulement sur les compétences d'auto-soins (quant à l'alimentation et l'activité physique).

4. Rééducation locomotrice en cas de perte d'autonomie liée à l'obésité :

Cette indication concerne les patients présentant une obésité sévère avec incapacité(s) liée(s) à l'importance de la surcharge pondérale, à des complications ostéo-articulaires invalidantes et/ou à des comorbidités associées, et *nécessitant des équipements adaptés pour des personnes de plus de 150 kg ainsi que des personnels de santé qualifiés*. L'objectif est de diminuer le risque d'évolution vers la grabatisation à court ou moyen terme

II. Chez l'enfant ou l'adolescent

L'objectif principal est de prendre en charge des enfants et adolescents présentant une obésité massive, évolutive (prise de poids non contrôlée) ou associée à des comorbidités, en rassemblant autour d'eux une équipe compétente en un même lieu et de manière prolongée et coordonnée.

Là aussi, différents types de séjour sont possibles :

- ***Séjour s'adressant aux enfants et adolescents souffrant d'une obésité sévère pour laquelle une prise en charge ambulatoire adaptée pendant une durée à priori suffisante s'est avérée non probante.***
- ***Séjours s'adressant aux enfants et adolescents présentant une obésité associée à des complications respiratoires, ostéo-articulaires, métaboliques ou présentant des comorbidités aggravées par l'obésité.***

L'indication dépend d'une analyse préalable experte de chaque cas, de l'identification des difficultés familiales et/ou sociales, de la définition d'un projet médical, psychologique, social et éducatif. L'évaluation doit tenir compte de l'origine de l'obésité (syndromique, sociale, psychologique) et de sa sévérité.

III. Modalités et contenu de la prise en charge en SSR

A. Bilan initial

Pour tous les patients (enfants, adolescents et adultes), le bilan initial doit permettre aux différents acteurs de disposer des éléments clés sur la situation clinique et sociale du patient, sur la place du séjour en SSR dans un projet thérapeutique au long cours (objectifs, durée, ..), afin de mieux définir la finalité principale de la prise en charge en SSR.

En sus des indications de prise en charge développées ci-avant, le bilan initial est l'occasion de vérifier l'absence de toute contre-indication à une prise en charge en SSR telle que :

- l'absence de projet thérapeutique global à long terme (articulation avec une prise en charge médicale structurée en amont et en aval)
- une fragilité psychologique rendant difficile la séparation du milieu familial
- une situation psychologique incompatible avec la perte de poids
- des troubles psychiatriques sévères, de dépendance à l'alcool ou à la drogue
- refus de l'enfant ou de sa famille dans le cas des enfants et adolescents

B. Projet thérapeutique

Tout projet thérapeutique en SSR doit être élaboré par l'équipe pluridisciplinaire du SSR en lien avec le patient et le médecin prescripteur (le médecin traitant ou le médecin référent de l'établissement de santé MCO ou du centre spécialisé). Ce projet permet de coordonner la prise en charge et porte sur les objectifs, la durée, les modalités et l'évaluation du séjour. Il doit tenir compte de l'intervention des autres acteurs de santé dans la chaîne de soins.

La durée du séjour doit être définie sur des bases médicales en fonction du projet thérapeutique global.

Spécificités liées à la prise en charge des enfants et adolescents :

Chez l'enfant et l'adolescent, il faut privilégier les séjours de durée courte ou moyenne. Les séjours d'un ou plusieurs trimestres peuvent éventuellement être envisagés chez des jeunes qui cumulent les difficultés si l'éloignement familial a fait l'objet d'une analyse experte (Cf. Recommandations de la HAS).

Les modalités d'hospitalisation de semaine, de jour ou le suivi en consultation sont adaptées à l'éducation thérapeutique du patient et à la remise en mouvement des personnes sédentaires.

Le projet thérapeutique doit inclure :

- la prescription personnalisée d'une alimentation adaptée à la situation de la personne,
- un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP)* personnalisé, comportant selon les besoins :
 - une éducation nutritionnelle individuelle et de groupe
 - une prise en charge des troubles des conduites alimentaires
 - une prise en charge des troubles du schéma corporel, de l'estime de soi,
 - un travail sur la gestion du stress et des émotions,
 - un programme de reconditionnement physique adapté personnalisé, mis en œuvre par des intervenants qualifiés, sur prescription médicale,
- un soutien psychologique voire un suivi par un pédopsychiatre dans le cas de prise en charge des enfants et adolescents.
- la prise en charge des comorbidités y compris les traitements par dispositifs médicaux (exemple CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure* = traitement du syndrome des apnées du sommeil par pression positive continue)
- une aide à la réinsertion sociale

Spécificités liées à la prise en charge des enfants et adolescents :

- *un enseignement dispensé par l'Education Nationale pour les séjours se déroulant pendant la période scolaire doit être assuré ;*
- *un projet éducatif conçu en partenariat avec l'Education nationale et/ou les organismes de formations professionnelles pour les adolescents en difficultés ou échec scolaire.*
- *une prise en charge familiale structurée (rencontre avec le diététicien, l'éducateur médico-sportif, le psychologue, le travailleur Social...) avant, pendant et après la prise en charge.*

Focus sur l'éducation thérapeutique du patient :

L'ETP offre la possibilité d'une approche globale des maladies chroniques liées aux comportements et à l'environnement comme l'obésité, approche basée sur des concepts pédagogiques et un modèle bio-psycho-social. Elle fait partie du programme de soins de l'obésité selon les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dans le contexte des obésités sévères et multi compliquées, c'est une ETP de recours qui doit être structurée dans un programme autorisé par l'ARS. Le traitement de l'obésité implique des modifications durables des habitudes de vie, qui se heurtent à des obstacles variés (psychologiques, culturels, sociaux, économiques...).

Cette démarche éducative aide le patient à s'impliquer dans le traitement de sa maladie en partant de ses croyances et de ses représentations et à l'accompagner dans un processus de changement concernant l'alimentation, l'activité physique et la dimension psychologique. Elle est construite en lien avec le médecin traitant et le centre spécialisé ou avec une structure de proximité (maison ou pôle de santé, réseau de proximité).

IV. Ressources humaines et matérielles requises

A. Compétences et ressources humaines

L'équipe pluri-professionnelle comporte un **médecin** titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de nutrition ou du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) d'endocrinologie-diabétologie, ou au minimum d'un diplôme reconnu en équivalence. Ce médecin doit justifier d'une formation théorique et d'une expérience pratique d'au moins un an dans la prise en charge de l'obésité sévère.

Le personnel soignant doit être formé(e)

- à l'éducation thérapeutique (ETP) conformément au décret et à l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP au patient.
- à répondre aux différentes dimensions de la prise en charge pour les patients sévèrement obèses. Le travail soignant spécifique qu'impliquent ces situations est un élément clé (formation, solutions ergonomiques). Plusieurs membres de l'équipe devraient être titulaires du niveau 1 de formation en ETP, et l'un des responsables médicaux du SSR Obésité du niveau 2 (DU d'ETP).

Une équipe comportant un psychologue et/ou un psychiatre, ayant des connaissances théoriques et pratiques dans la prise en charge de l'obésité sévère, est indispensable notamment pour la gestion de approches cognitivo-comportementales et des différentes thérapies utilisées.

L'équipe soignante comporte également des compétences de diététicien, infirmier et aide soignant, Masseurs-kinésithérapeute et/ou psychomotricien, ergothérapeute, professionnel d'activité physique adaptée « santé » (APA-S) ou éducateur médico-sportifs.

Spécificités liées à la prise en charge des enfants et adolescents :

- *Médecin spécialiste titulaire d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de pédiatrie (et le cas échéant en médecine de l'adolescence) ou de médecine physique et réadaptation. Il est souhaitable qu'un des médecins soit titulaire d'un DU d'obésité de l'enfant et d'un DU d'ETP.*
- *Vacations de pédopsychiatrie.*
- *Educateur (trice) spécialisé(e).*
- *Enseignant(e) mis(e) à disposition par l'Education Nationale*
- *Eventuellement thérapeutes familiaux.*

B. Locaux et équipements

Les besoins en équipements médicaux et hôteliers adaptés à l'accueil et aux soins des patients sévèrement obèses ont été définis dans le rapport du Pr Arnaud Basdevant (avril 2009) « Plan d'action : Obésité-Etablissements de soins »². Ces équipements spécifiques sont notamment :

- Un secteur d'hospitalisation complète ou de semaine adapté = locaux, mobilier et salle de réadaptation adaptés au poids des patients (dont plateau technique comportant appareils de cardio-training et de musculation adaptés, tapis de marche, vélo assis...)
- chambres, sanitaires, matériel d'hébergements adaptés.
- plateau technique de kinésithérapie comportant du matériel adapté (table de rééducation, cycloergomètre, vélo...).
- parcours de marche extérieur, accès à une salle de sport ou d'activité physique adaptée.
- salle à manger commune et cuisine thérapeutique/éducative.
- cuisine centrale adaptée à la diversité des prescriptions diététiques.
- salle de loisirs
- accès à l'extérieur et à des services de ville (commerces, restaurants...)
- accès à la balnéothérapie lorsque cela est possible.
- *salle de classe et d'étude pour la prise en charge des enfants et adolescents*

² http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Basdevant.pdf

V. Cohérence et coordination territoriale.

L'accès aux soins dans un SSR doit s'inscrire dans une démarche simple et rationnelle, en fonction de l'offre régionale et des besoins des patients.

A. Lien avec le centre spécialisé pour la prise en charge de l'obésité sévère

Selon l'instruction N°DGS/DGOS 2011/I-190 du 29 juillet 2011 le centre spécialisé régional a une mission d'organisation de la filière Obésité, sous l'égide de l'ARS (CPOM). Les SSR spécialisés dans l'obésité sévère et multi compliquée doivent donc établir des liens avec le ou les centres spécialisés.

Sous l'égide de l'ARS, une convention lie le centre spécialisé avec le SSR en charge d'accueillir les cas les plus complexes. La coordination se fait par le centre spécialisé régional, et le cas échéant avec le réseau régional concerné.

Il s'agit

- de créer des liens entre les équipes et les structures pour rendre les parcours de soins plus fluides et plus lisibles et utiliser au mieux les ressources humaines.
- d'analyser les parcours de soins et la coordination des soins au niveau territorial, y compris pour l'activité physique et la lutte contre la sédentarité ;
- de renforcer la coopération entre les structures de proximité (maison de santé, réseau territorial, SSR) et les professionnels de santé.

Les collaborations entre les acteurs et les structures devraient être facilitées par des formations communes pour les différents acteurs, et des modalités de communication simplifiées et facilitées entre les différents acteurs (dossier de demande commun, centralisation informatisée des demande comme dans le système « Trajectoire » actuellement déployée dans 13 régions dont l'Île de France depuis 2010).

B. Coordination avec les intervenants et structures d'amont et d'aval

Les structures de coordination ville-hôpital peuvent aider le médecin traitant à gérer les relations entre les professionnels de santé de premier recours et les professionnels de la prise en charge ambulatoire ou hospitalière par les spécialistes concernés (DESC de Nutrition, endocrinologues, internistes, chirurgiens) (niveau 2) ou les centres spécialisés de l'obésité et les SSR pour obésité sévère et multi compliquée (niveau 3).

Un réseau de santé de proximité ayant les ressources nécessaires (paramédicales et sociales), est susceptible d'assurer la poursuite des projets d'éducation personnalisée en ambulatoire, lors du retour au domicile pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge dans un SSR.

L'accompagnement de proximité peut aussi être assuré dans le cadre d'une maison de santé, d'associations et de structures sociales, voire d'aide de type conseillère en économie sociale et familiale au domicile, et/ou d'un « coaching » téléphonique notamment pour les adolescents.

La traçabilité des actions éducatives retrait thérapeutiques réalisées (dossier éducatif, compte rendu au médecin traitant et au médecin prescripteur) pendant le séjour en SSR est une obligation.

C. Mise en œuvre de la coordination

Il s'agit de

- faciliter la création de poste à temps partagé entre MCO et SSR, et entre plates formes éducatives/réseaux et SSR.
- faciliter les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sur une base territoriale par la reconnaissance de l'activité et la participation pour les professionnels de santé libéraux et la mise en place de protocoles communs (par exemple pour l'ETP).

D. Points d'articulation avec la prévention et le médico-social

La prise en charge médico-sociale est un des points essentiel afin de favoriser la communication et la coordination entre les structures SSR, les professionnels de santé de premier recours et les structures médico-sociales (SSIAD, structures d'aides aux personnes handicapées, services d'aide sociale) et de promotion de la santé pour renforcer la réinsertion des personnes dans leur environnement et les conduites de prévention afin d'éviter notamment les ré-hospitalisations.

La fluidité des parcours de soins repose sur l'analyse des complémentarités au sein des territoires de santé, entre l'offre de l'établissement SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile (qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux), les établissements et services médico-sociaux et les acteurs sociaux (aides à domicile, portage de repas...).

D'autres formes de PEC médico-sociale sont à considérer comme l'accompagnement multidisciplinaire à domicile des personnes à mobilité très réduite et peu transportables du fait de leur obésité, le développement de l'accueil familial social des personnes adultes en situation de handicap, qui constitue une offre complémentaire de l'accompagnement au sein d'un établissement ou au domicile de la personne.

Il s'agit de :

- Améliorer l'approche médico-sociale nécessaire à la réinsertion des personnes sévèrement obèses et en particulier les liens avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).
- Mettre en place de nouvelles approches adaptées au vieillissement de la population.
- Favoriser la création d'appartements thérapeutiques adaptés aux personnes vulnérables : adultes obèses handicapés, obésité syndromique, ayant une obésité très sévère rendant difficile le retour ou le maintien à domicile.
- Développer des actions spécifiques en maison de retraite pour faciliter l'accueil de personnes âgées obèses valides.
- Identifier les établissements long séjours capables de prendre le relais des SSR dans chaque région.
- Coordonner les actions sanitaires et sociales via la cellule de coordination territoriale.