

# Plan Obésité 2010-2013

## Prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité et organisation de la filière de soins

### Sommaire

---

<b>Introduction du séminaire</b>	<b>2</b>
François-Xavier SELLERET	2
Directeur général de l'offre de soins	2
<b>La place des centres spécialisés dans l'organisation des soins</b>	<b>5</b>
Professeur Arnaud BASDEVANT	5
Président du plan Obésité	5
I) Processus d'élaboration du plan obésité	5
II) Principes directeurs	5
<b>Comment faire progresser la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres spécialisés ?</b>	<b>7</b>
I) Définition de l'obésité sévère	10
II) Prise en charge multidisciplinaire	10
III) Les outils	10
IV) Conclusion	10
<b>Comment mettre en place une animation territoriale pour l'organisation de la filière de soins</b>	<b>11</b>
<b>Sur quels critères évaluer la pertinence et l'efficacité des centres spécialisés ?</b>	<b>14</b>

<b>Intervention d'un grand témoin</b>	<b>17</b>
Dr Elisabeth FERY-LEMONNIER	17
Chargée de mission parcours de soins, secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	17
I) Quelques constats généraux	17
II) Points intéressants	17
III) Le parcours de soins	17
IV) Questions et commentaires	18
<b>Clôture du séminaire</b>	<b>19</b>
Pr. Arnaud Basdevant	19

# Introduction du séminaire

---

François-Xavier SELLERET

*Directeur général de l'offre de soins*

L'épidémie d'obésité est un fléau de santé publique qui ne cesse de s'amplifier et qui touche inégalement les populations tant les déterminants sociaux, environnementaux, économiques ou génétiques sont importants.

Le système de soins doit s'adapter à l'épidémiologie de l'obésité et plus singulièrement à la prévalence accrue de ses formes les plus sévères, qui concernent près de 4% de la population adulte.

Pour nous tous, il s'agit en effet de rassembler et d'unir autour des compétences collectives, tant nationales qu'internationales et je constate qu'en matière d'obésité, la France est pionnière, grâce aux politiques publiques menées depuis plus de 10 ans.

Le volet offre de soins du plan obésité, piloté par la DGOS, a pour ambition d'être structurant dans la prise en charge des personnes obèses, y compris les cas les plus graves, et doit permettre non seulement de faire face à ses conséquences médicales mais également, d'enrayer la progression de la maladie, et de réduire l'exclusion sociale et la stigmatisation professionnelle dont elles sont victimes.

Sous l'égide des ARS, cet objectif passe avant tout par l'organisation des filières de soins, des coordinations territoriales, et par l'adaptation des équipements dans un but d'accessibilité, de lisibilité et de gradation des soins incluant à sa juste place, le médecin traitant, le spécialiste libéral ou non, les établissements de santé, qu'ils assurent une activité médicale, chirurgicale, ou de soins de suite et de réadaptation.

Le rôle de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique du patient sont singulièrement mis en avant pour décloisonner les parcours et permettre aux patients de devenir acteurs de leur propre santé.

## Rappel des principales mesures pilotées par la DGOS

Le plan Obésité comporte de nombreuses mesures concernant la prévention et vise à organiser l'offre de soins. Si la création des centres spécialisés peut être considérée comme la mesure la plus structurante pour l'offre de soins, elle s'appuie sur les autres mesures qui en sont une déclinaison dans des champs spécifiques : soins de suite et de réadaptation, transport.

**Identification de centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation de la filière dans les régions.** C'est l'objet du séminaire d'aujourd'hui. A la suite de l'instruction du 29 juillet 2011, qui comprenait un cahier des charges rigoureux, les ARS ont désigné **37 centres spécialisés** pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions. Ces centres interviennent en recours régional (3<sup>ème</sup> niveau) pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques et ont pour mission l'organisation d'une coordination territoriale, en lien avec l'ensemble des professionnels concernés et bien sûr, les patients. Ils ont été désignés dans les différentes régions en tenant compte de la prévalence des troubles, ce qui explique que certaines régions comprennent davantage de centres.

Un jury national présidé par la DGOS a désigné, au sein de ces centres spécialisés, **5 centres intégrés** de recours supra régional et/ou national. Ceux-ci ont la capacité d'effectuer des diagnostics et traitements très spécialisés (i.e. génétiques, maladies rares) et sont engagés dans la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation.

- ✓ CHU de Toulouse
- ✓ AP-HP zone Centre
- ✓ Hospices Civils de Lyon

- ✓ CHRU de Lille
- ✓ AP-HP zone Nord

**Actions sur les établissements autorisés en soins d suite et de réadaptation.** : Ces actions visent à structurer l'offre de soins en SSR, maillon indispensable d'une offre de soins coordonnée, telle que les centres spécialisés devront la promouvoir. Une instruction a été envoyée le 2 avril 2012 aux directeurs généraux des ARS

L'objectif est de permettre d'accueillir les cas d'obésité les plus graves en SSR, dans des établissements disposant de l'équipement nécessaire.

Des financements pour l'adaptation ou l'amorce des équipements ont été alloués sur fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (115 385 € par région).

**Prader Willi** : il s'agit d'identifier deux unités d'accueil en SSR (une au nord, l'autre au sud de la France) pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésité syndromique ou du syndrome de Prader Willy (maladie rare), patients présentant de graves troubles du comportement et troubles du comportement alimentaire. Cela répond aux préoccupations de mettre l'accent sur les populations vulnérables.

**Action sur le transport bariatrique.** Cette action est essentielle puisqu'elle a pour objet d'organiser le transport bariatrique de façon à ce que les personnes obèses aient accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non. Cela demande, outre un équipement spécifique des véhicules, une organisation régionale sur l'utilisation de ces véhicules spécialisés. Des moyens seront alloués pour financer l'achat de 37 ambulances bariatriques (une par centre)

Enfin le plan prévoit une action qui permet de reconnaître le travail des **réseaux et des coordinations** et de lui donner son sens dans le nouveau contexte posé par la création des centres spécialisés. (Actions 7 et 8 : coordination et réseaux).

### Les « centres spécialisés », objet du séminaire

Cette reconnaissance des centres spécialisés par les ARS marque un commencement : il s'agit de faire vivre un processus dynamique, porteur de changement de pratiques et de culture.

Tout d'abord, **pour le patient** dont l'errance n'est aujourd'hui plus acceptable. Rendre son parcours de soins, de santé lisible et accessible, savoir quelle est la porte d'entrée dans le système, redonner sa place au médecin traitant sont des enjeux fondamentaux pour toutes ces personnes vulnérables.

Etre **centre spécialisé c'est promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire** car il s'agit bien d'une pathologie où la pluridisciplinarité prend tout son sens.

Les centres spécialisés interviennent pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques. Ces centres disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique...) et des équipements adaptés requis pour l'accueil de ces cas les plus difficiles en médecine et en chirurgie. Ils collaborent étroitement avec des spécialités clés (pneumologie, sommeil, cardiologie, hépato-gastroentérologie) et avec une équipe de chirurgie et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisée dans la chirurgie bariatrique. Ce sont des professionnels autour d'un patient, des équipements, de l'éducation thérapeutique du patient et une offre lisible.

**Surtout, être centre spécialisé, c'est être collectif et faire vivre une animation territoriale.**

C'est consacrer du temps afin de créer une dynamique et de formaliser les partenariats, c'est mettre en place des actions qui ne sont pas directement en lien avec la prise en charge d'un patient mais qui ont une visée d'organisation de l'offre et de diffusion des compétences.

Certes, un établissement a la responsabilité de faire vivre une filière, une animation territoriale et coordonner mais un centre, c'est un ensemble d'acteurs. Chacun d'entre eux est un maillon essentiel du dispositif. Pour les prises en charge aigues, le rôle des chirurgiens,

pionniers dans la prise en charge de l'obésité, reste important. L'organisation mise en place ne change rien aux autorisations d'activité existantes mais promeut des partenariats autour de compétences reconnues, accessibles et qui s'intègrent dans une prise en charge de plus long terme. Il ne s'agit pas de dire que le centre spécialisé est le plus compétent mais de coordonner les compétences existantes afin d'assurer la cohérence des prises en charge et le suivi médical des patients, sur le moyen et long terme, y compris après une intervention chirurgicale. Chaque professionnel devrait ainsi voir ses conditions d'exercice reconnues et facilitées, dans le respect et la reconnaissance des compétences de ses partenaires.

Les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation, les **SSR**, sont également un enjeu majeur du volet offre de soins. Ces établissements autorisés en SSR sont liés aux centres spécialisés et j'ai tenu à ce qu'un représentant de ces établissements anime une table ronde.

C'est aussi se tourner vers le premier recours, le médecin traitant et le pédiatre, les réseaux et les associations de patients, les spécialistes de la nutrition, les endocrinologues, les internistes, les chirurgiens et les établissements de santé publics et privés, les diététiciens, psychologues, professionnels de l'activité physique adaptée.

Pour cette mission d'animation territoriale, le plan prévoit du temps de professionnel pendant deux ans, rémunéré exclusivement sur cet objectif de mise en lien, de conception et rédaction de protocoles avec les différents partenaires, d'organisation de formations. (70 000 € par an et par centre sont délégués pendant 2 ans, non reconductibles, sous forme d'aides à la contractualisation (AC)).

Les ARS auront un rôle fondamental de soutien et d'accompagnement des centres

Ce matin, **3 tables rondes** vous sont proposés afin de vous puissiez échanger sur vos pratiques et trouver des solutions opérationnelles pour répondre aux défis qui sont les nôtres. Chaque table ronde a pour objectif de faciliter la mise en œuvre de cette évolution de l'offre et de son évaluation. Les deux premières portent sur chacune des deux missions des centres spécialisés :

- 1- Comment faire progresser la prise en charge multidisciplinaire ?
- 2- Comment mettre en place une animation territoriale ?
- 3- La troisième table ronde a pour objectif de poser les jalons de l'évaluation des centres. Cela passe par un suivi des actions mises en œuvre ; J'attends qu'émergent la valeur ajoutée de ces centres sur l'accès aux soins leur organisation, leur qualité et l'évolution des pratiques des professionnels.

Je remercie, particulièrement les personnes, représentants des usagers, des ARS et des professionnels qui ont accepté d'animer ces tables rondes et d'en être les rapporteurs.

En conclusion, il est indispensable que tous les centres mènent un travail commun en vue de développer les bonnes pratiques et de progresser ensemble.

### Perspectives / annonces

Un **observatoire** des centres spécialisés sera mis en place d'ici la fin 2012 après formalisation des besoins de collecte d'indicateurs d'évaluation et leurs modalités de restitution. Cela permettra de constituer un réseau de professionnels, de partager des données, de déployer des « benchmarking ». Un groupe de travail sera constitué.

# La place des centres spécialisés dans l'organisation des soins

---

Professeur Arnaud BASDEVANT

*Président du plan Obésité*

## I) Processus d'élaboration du plan obésité

En 2007, le ministre Xavier BERTRAND avait mis en place une commission chargée de proposer des actions pour améliorer la prise en charge de l'obésité dans les établissements de santé. En 2009, le Président de la république a chargé Mme de DANNE d'animer un groupe de réflexion sur les mesures à prendre dans le domaine de la prévention et du traitement de l'obésité. Sur la base des conclusions de ce rapport, le Président de la république a décidé de lancer un plan national « Obésité » en 2010.

La responsabilité de la mise en œuvre de ce plan a été confiée au Pr Basdevant. Les arbitrages et réunions interministérielles ont eu lieu entre 2010 et 2011. La phase opérationnelle a véritablement commencé en juillet 2011.

Le Plan Obésité comporte quatre axes principaux :

- l'offre de soins et de dépistage ;
- la prévention ;
- la vulnérabilité sociale ;
- les aspects de recherche.

Les mesures concernant les soins s'organisent à travers dix mesures et quatorze actions, allant du dépistage à la prise en charge de premier recours et aux soins de suite. A ces mesures, s'ajoute notamment la spécificité de l'outremer.

## II) Principes directeurs

### 1) *Les phases de la maladie de l'obésité et les réponses apportées*

L'obésité est une maladie chronique évolutive qui passe par une série d'étapes. La stratégie préventive et thérapeutique doit être adaptée à cette dynamique. Il convient d'examiner en premier lieu la phase préclinique, dans un but de prévention. Ensuite, sont envisagées la période de prise de poids, puis celle de l'obésité constituée, avant l'obésité avec complications et la période de chronicité pouvant aboutir à un handicap.

A ces différentes phases correspondent des actions de santé prises en charge par le Plan national Nutrition Santé et par d'autres plans notamment PNA (plan national alimentation) et PSE (plan santé à l'école) pour les aspects préventifs.

En ce qui concerne l'offre de soins, les enjeux sont ceux de l'organisation afin d'assurer l'accès, la qualité et la sécurité des soins pour chacun. La notion de parcours ou de chaîne de soins, incluant les dimensions médicales, médicosociales et chirurgicales est donc critique et essentielle.

Les centres spécialisés sont une partie du dispositif, une partie importante et structurante mais qui n'aura de pertinence que dans le cadre d'une chaîne de soins cohérentes et d'un maillage territorial avec d'autres acteurs.

## 2) Les points importants dans la structuration des centres spécialisés.

Les points importants sont au nombre de quatre :

- l'épidémiologie régionale : les actions doivent tenir compte de la prévalence de l'obésité dans chaque région car il existe des différences importantes.
- les obstacles rencontrés pour modifier les habitudes de vie pour la santé
- le rôle de l'environnement ;
- le gradient social.

Il importe d'opérer une gradation des soins.

Le premier cercle d'intervenants réunit associations, médecin traitant et réseaux sociaux. La HAS a développé des recommandations pour la prise en charge des enfants et des adultes par le médecin traitant. Ce cœur du système doit s'appuyer sur les professionnels de santé et sur les soins de suite et de réadaptation (SSR). En outre, les dimensions non-médicales ont une importance considérable dans le maillage notamment pour faciliter l'accès aux activités physiques adaptées à la santé et pour prendre en compte les dimensions médico-sociales.

En second recours, les médecins spécialistes et les chirurgiens bariatriques sont les pivots du système surtout pour les formes graves.

Les centres spécialisés viennent en appui de cet ensemble.

Il ne s'agit pas d'un système hiérarchique mais d'un maillage au sein duquel les centres spécialisés interviennent pour les situations complexes, puisqu'ils disposent des équipes et des équipements pour répondre aux besoins spécifiques.

Parmi les 37 centres reconnus, 15 sont des partenariats publics-privés et 4 sont purement privés. Les centres intégrés (5 au total) sont des centres spécialisés qui sont engagés dans la recherche avec des équipes de recherche de haut niveau en vue d'une labellisation européenne de recherche.

## Première table ronde :

# Comment faire progresser la prise en charge multidisciplinaire au sein des centres spécialisés ?

---

*Présentateur : Patrick POURIAS, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (DGOS)*

*Animatrice : Pr Maïté TAUBER, pédiatre, CHU de Toulouse*

*Rapporteur : Pr François PATTOU, chirurgien, CHU de Lille*

### **Patrick POURIAS**

Les centres spécialisés assurent une mission de troisième niveau et ont leur place dans une gradation des soins pour organiser une réponse adaptée au problème spécifique de l'obésité.

Il convient en effet de mettre en œuvre un accès des soins pour tous, en prenant en compte la vulnérabilité sociale. Les enjeux sont divers :

- adaptation des équipements et formation des équipes ;
- prise en charge intégrée ;
- information du patient et du médecin traitant, pertinente et accessible ;
- éducation thérapeutique du patient

En outre, plusieurs priorités nécessitent d'être ciblées : l'organisation de la lisibilité de l'offre, l'accès aux soins pour tous, la valorisation des séjours pour les formes sévères, les équipements médicaux, hôteliers, les transports, la concertation pluridisciplinaire...

Par ailleurs, les bénéfices recherchés pour le patient comportent deux axes prioritaires : l'évaluation multidisciplinaire, et la mise en place d'un parcours personnalisé de soins évoluant tout au long de la vie du patient.

En définitive, la prise en charge pluridisciplinaire progressera grâce à un échange autour des pratiques des professionnels, notamment les leviers d'action, les partenariats entre professionnels, la formation, les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP).

### **Pr Maïté TAUBER**

Il convient de rappeler que les centres spécialisés s'adressent aux patients présentant une obésité sévère. La valeur de l'IMC pourrait donc constituer une indication permettant de définir cette notion. Mais sans doute y a-t-il d'autres critères de définition.

### **Un participant**

A mon sens, les troubles psychiatriques de type hyperphagie relèvent également des centres spécialisés.



### **Une participante**

Les aspects socio-éducatifs peuvent également complexifier la situation, même lorsque l'IMC n'est pas encore élevé.

### **Pr Maïté TAUBER**

Il n'y a pas, en réalité, de définition établie de l'obésité sévère, en tout cas elle ne peut être établie sur le seul critère de l'IMC. Par ailleurs, en Midi Pyrénées, nous réfléchissons également à travers le prisme des maladies rares liées à une obésité syndromique.

### **Un participant**

Peut être considérée comme sévère toute obésité qui interdit le diagnostic. Cette personne doit donc avoir accès au centre spécialisé.

### **Pr Maïté TAUBER**

Je suis en phase avec cette conception. Par ailleurs il me semble que la prise en charge multidisciplinaire implique également un facteur transgénérationnel. Il est en effet nécessaire de s'occuper des enfants, des adolescents, et de la femme enceinte en surpoids.

### **Monique ROMON (CHRU de Lille)**

Les freins tiennent au financement, qui n'est pas étudié pour ces patients. La prise en charge n'est pas valorisée dans les actes hospitaliers. A Lille, nous essayons de sensibiliser nos collègues sur l'existant. Ainsi, nous travaillons avec les services de rééducation. De même, les problèmes d'incontinence sont majeurs, mais peu évoqués : il convient donc de mener un travail commun avec des urologues.

### **François BRECHON (ARS de Haute Normandie)**

En Haute Normandie, nous avons développé un partenariat entre le CHU et un SSR, ainsi qu'avec une clinique privée et une maternité. Malgré cela, nous rencontrons une prévalence d'obésité très forte, alors que la région compte peu de professionnels de santé. Certains collègues objectent que la prise en charge n'entre pas dans la valorisation de la circulaire frontière. On constate une augmentation des prises en charge en hôpital de jour avec l'intervention de psychologues et de diététiciens.

### **Pr Maïté TAUBER**

Effectivement, pour créer des postes, il est indispensable de valoriser l'activité.

### **Une participante (CHU de Lyon, HCL)**

Le problème de la valorisation est partagé par beaucoup d'entre nous. Aux Hospices Civils de Lyon, les RCP ont été fédérateurs. Nous évoluons à présent vers les visio-conférences.

### **Un participant**

Il me semble indispensable de redéfinir la circulaire frontière, pour définir ce qu'est un hôpital de jour dans un centre spécialisé..

### **Jean-Michel AUBERT (AP-HP Paris Centre)**

Au-delà de l'aspect pluridisciplinaire, il convient d'insister sur l'importance des coopérations professionnelles, et notamment sur le rôle majeur des infirmières dans le parcours des patients complexes. Ces coopérations sont principalement intra-hospitalières, mais elles pourraient également être extra-hospitalières.

### **Pr Arnaud BASDEVANT**

Il est nécessaire de préciser la notion de « coopération professionnelle », distincte des « coopérations entre professionnels » (chirurgiens, médecins, psychiatres, infirmières etc....)

Les coopérations professionnelles permettent, par exemple, à des infirmières d'effectuer des suivis médico-chirurgicaux c'est une démarche spécifique qui doit être validée par l'HAS.

#### **Hélène THIBAUT (CHU Bordeaux)**

La possibilité dont nous disposons de créer des réseaux (RéPPOP Aquitaine par exemple) avec des cellules de coordination a permis de tisser des liens avec des cellules administratives, et d'autres types de coordination. Elle nous a donc permis de trouver les moyens qui nous étaient nécessaires.

S'agissant des problèmes de valorisation des séjours hospitaliers, l'aspect bilan est correctement valorisé, alors que tel n'est pas le cas du suivi de l'éducation thérapeutique effectuée à l'hôpital ou des aspects sociaux même si il y a des possibilités de codage dans le PMSI.

#### **Marie-José COMMUNAL (ARS Rhône Alpes)**

L'un des leviers est constitué par l'adhésion du patient sur le long terme.

#### **Un participant**

La prise en charge multidisciplinaire concerne également le suivi ambulatoire et la nécessité d'éviter les perdus de vue, pouvant aboutir à de graves problèmes, notamment sur les aspects psycho sociaux (question de l'accès aux centres médico psychologiques - CMP).

#### **Pr Maïté TAUBER**

L'organisation du suivi ambulatoire est en effet nécessaire.

#### **Un participant**

Les centres ne s'intéressent pas à cette dimension, car ils sont totalement saturés. De plus, on peut s'interroger sur la marge de manœuvre des ARS pour mettre à niveau les centres spécialisés, du point de vue des équipements et des ressources humaines.

#### **Patrice RITZ (CHU de Toulouse)**

Il conviendrait de réfléchir à une valorisation des RCP, afin de les reconnaître comme du temps de travail.

#### **Anne-Sophie JOLY (CNAO)**

Il est indispensable que le patient reçoive une information compréhensible au long cours. En effet, la plupart du temps, dès lors qu'il a obtenu son objectif, qui doit être atteignable, il sort du circuit médical. Les professionnels comprennent - à l'instar des associations - doivent par conséquent lui faire comprendre qu'il doit être suivi à vie.

#### **Guillaume BECOUARN (CHU d'Angers)**

Les perdus de vue sont un véritable problème pour les chirurgiens. Il serait donc souhaitable que la Sécurité Sociale communique leurs coordonnées pour qu'ils puissent être joints, afin de permettre une « traçabilité ».

#### **Marie CITRINI (collectif national des associations d'obèses)**

La perte de poids rapide d'un patient opéré constitue effectivement un facteur de perdu de vue. De ce fait, il est nécessaire que le discours médical s'adapte net que les objectifs fixés soient réalistes et atteignables.

## Pr François PATTOU : synthèse des débats

### I) Définition de l'obésité sévère

L'IMC ne résout pas tout, dans la mesure où d'autres facteurs définissent l'obésité. De cette définition importante dépend le périmètre du Plan Obésité et du nombre de patients traités.

### II) Prise en charge multidisciplinaire

Il est nécessaire d'être multidisciplinaire, de collaborer avec les disciplines alliées, et de prendre en compte l'aspect transgénérationnel.

De même, une véritable synergie apparaît indispensable. La chirurgie de l'obésité constitue en effet une nouvelle discipline depuis vingt ans, de sorte qu'elle doit s'associer à de nouveaux partenaires en mettant en œuvre des fonctionnements inédits.

### III) Les outils

Plusieurs outils ont été évoqués :

- les RCP ;
- les coopérations professionnelles ;
- le parcours personnalisé pour la coordination des soins ;
- la gestion des données des patients, à usage collectif des centres ;
- la mise en œuvre d'un financement des prises en charges pluridisciplinaires ;
- l'éducation thérapeutique.

Enfin, la révision de la circulaire frontière est le prochain chantier à mettre en œuvre, notamment en regard du financement de l'éducation thérapeutique du patient).

### IV) Conclusion

L'humilité sur la réflexion thérapeutique est nécessaire. Il est en effet indéniable que les moyens sont limités, alors que le combat est gigantesque. Il convient alors de choisir les chantiers utiles et de respecter l'existant, sans imposer un cahier des charges rigide.

## Deuxième table ronde :

# Comment mettre en place une animation territoriale pour l'organisation de la filière de soins

---

*Présentateur : Dr François BRECHON, médecin, ARS de Haute-Normandie*

*Animateur : Dr Frédéric SANGUIGNOL, directeur de la clinique du château de Verhnes*

*Rapporteuse : Anne-Sophie JOLY Présidente du collectif national des associations d'obèses*

### **François BRECHON**

Les enjeux de l'organisation de la filière sont divers :

- lisibilité de l'offre de soins ;
- orientation du patient ;
- établissement de partenariats ;
- contribution des associations et des réseaux.

D'ores et déjà, des crédits de 70 000 euros ont été dédiés par centre et par an pour l'animation territoriale de la filière. Il s'agit de crédits d'aide à la contractualisation attribués pour deux ans non reconductibles.

En outre, le travail de coordination nécessite un temps dédié. Dès lors, un certain nombre de questions se posent, tenant notamment à la nature des partenaires à mobiliser, à la formation, aux supports, ou aux missions de l'animateur de la filière.

### **Anne Sophie JOLY**

Votre exigence est grande. Il est nécessaire de prendre le temps, car la matière est nouvelle. Les médecins doivent également faire preuve d'humilité dans l'intérêt du patient, et privilégier la communication.

### **Frédéric SANGUIGNOL**

Le suivi des patients devrait reposer sur les médecins généralistes. Or il ne semble pas que l'obésité constitue une préoccupation pour ces derniers. Sans doute s'agit-il d'un problème de formation initiale.

### **Brigitte ROCHEREAU (médecin généraliste)**

Les médecins généralistes sont débordés, et ne sont pas souvent en mesure de prendre en charge une pathologie lourde et difficile. Ils ne sont de surcroît pas opposés à se former, à la condition d'en obtenir les moyens.

### **Une participante (médecin généraliste)**

Il faut envisager le rôle des généralistes pour le dépistage, la coordination, la motivation et l'accompagnement.

**Béatrice-Anne BARATCHART (ARS Aquitaine)**

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) n'ont pas été évoquées.

En outre, afin de tenter d'expliquer le nomadisme médical, il convient d'évoquer le renoncement aux soins éventuellement dû aux éventuels dépassements d'honoraires.

**Marie CITRINI**

Avec Anne-Sophie JOLY, nous avons travaillé avec beaucoup d'instances, mais nous n'y avons jamais rencontré de médecin généraliste. Si ce professionnel ne dispose pas d'un outil d'information commun, délivrant un même message, il ne pourra pas participer à la prise en charge.

En outre, il existe des difficultés liées à la précarité, qui a un impact sur l'obésité.

**Un participant**

Depuis quelques années, les médecins nutritionnistes se forment et seront reconnus comme qualifiés en obésité. Par ailleurs, les endocrinologues-diabétologues ne traitent qu'une petite partie des obèses, c'est-à-dire ceux avec complications.

**Un participant**

Il serait intéressant de déterminer la façon d'améliorer la prise en charge de la chirurgie bariatrique des autres centres. Certaines cliniques ont en effet une activité très importante, même si elles ne suivent pas toujours les recommandations.

**Pr Arnaud BASDEVANT**

Il s'agit en effet de savoir comment les centres de prise en charge médico-chirurgicale ou chirurgicale satisfont aux recommandations de bonnes pratiques. A cette fin, l'ARS d'Ile-de-France a suggéré que des discussions s'engagent avec l'aide des sociétés savantes. Nous avons déjà évoqué cette question avec la SOFFCO (société française et francophone de chirurgie de l'obésité) notamment avec Jean-Marc Chevallier qui nous a dit que cette société savante avait mis en oeuvre cette démarche dans certains territoires de santé.

**Jean-Marc CHEVALLIER (Président de la SOFFCO - société française et francophone de chirurgie de l'obésité)**

Nous disposons de nombreux outils, sachant que 70 % de l'activité chirurgicale se déroule en centre privé. Le rôle des centres spécialisés est celui d'animateurs, tandis que le nôtre est d'identifier les centres de chirurgie de niveau 2, respectant les recommandations.

**Frédéric SANGUIGNOL**

Finalement, il est demandé à l'animateur d'avoir une double compétence : la prise en charge et l'éducation thérapeutique.

**Jocelyne RAISON (SSR Manhès)**

J'anime depuis plus de dix ans un réseau de proximité. Le rôle d'animateur implique de posséder un sens relationnel et une volonté de bénévolat sans limite. Plus de la moitié des patients avec lesquels je travaille se trouve dans la précarité. De ce fait, l'information revêt une importance fondamentale.

Le réseau de proximité est une structure pluridisciplinaire animée par un médecin, une assistante sociale, des diététiciens. Il organise les actions thérapeutiques et fait le lien avec les médecins traitants et les structures hospitalières, ainsi qu'avec les services de soins de suite, ou encore en préparation d'une intervention chirurgicale.

**Un participant**

Il serait utile de préciser le rôle de l'animateur.

**Pr Arnaud BASDEVANT**

Les centres spécialisés ont deux fonctions : la prise en charge des cas complexes et la contribution au parcours de soins au niveau territorial.

**Un participant**

Par conséquent, l'animateur est un animateur du centre spécialisé.

**Pr Arnaud BASDEVANT**

L'animateur doit animer l'ensemble du parcours de soins, identifier les ressources et apporter de la lisibilité : il doit donc créer du lien.

**Une participante**

Il semble que le rôle de cet animateur reprenne presque intégralement les missions des réseaux. Est-ce donc vraiment ce que vous souhaitez pour ce professionnel ?

**Pr Arnaud BASDEVANT**

La situation est très bien organisée dans certains territoires, mais tel n'est pas le cas dans la majorité d'entre eux. Chaque territoire trouvera donc sa solution.

**Une participante**

Les diététiciens constituent un recours important. Or il n'existe pas de prise en charge actuellement.

**Anne-Sophie JOLY : conclusion**

Il convient d'envisager les problématiques de l'obésité du point de vue des généralistes, dont la mission consiste à alerter et dépister.

En outre, les associations peuvent constituer un relai auprès des patients, pour passer des messages.

En définitive, l'éducation thérapeutique et la motivation des médecins apparaissent indispensables. De plus, il est nécessaire d'appliquer les recommandations de la HAS.

## Troisième table ronde

# Sur quels critères évaluer la pertinence et l'efficacité des centres spécialisés ?

---

*Présentateur : Dr Jean-Yves GAGNER, médecin, ARS des Pays-de la Loire*

*Animateur : Pr Olivier ZIEGLER, médecin, CHU de Nancy*

*Rapporteur : Fabrice HARDOUIN, directeur de la Clinique de la Sauvegarde, Lyon*

### **Jean-Yves GAGNER**

Efficacité et pertinence sont des notions intéressantes, touchant à la culture de l'évaluation et à son développement. La pertinence est également celle des actes et séjours, tandis que l'efficacité relève de la performance.

Parmi les enjeux du suivi annuel de la mise en œuvre des actions attendues, figurent le suivi de la mise en place du cahier des charges et l'évaluation de la valeur ajoutée des centres.

En outre, les domaines de développement des indicateurs concernent :

- l'activité ;
- le programme personnalisé de soins ;
- la RCP ;
- l'organisation de l'aval ;
- l'évaluation de la fragilité sociale ;
- les équipements ;
- l'organisation de la filière ;
- la formation ;
- l'accès aux soins ;
- le nombre d'équivalents temps plein dédiés à la filière.

Cette évaluation a été envisagée de manière annuelle. A plus long terme, au-delà des indicateurs d'activité, pourraient être mesurés l'évolution des pratiques, la satisfaction des usagers ou le maillage territorial.

### **Pr Olivier ZIEGLER**

Il est à présent intéressant de connaître vos propositions concernant l'évaluation des soins.

### **Chantal SIMON (CHU de Lyon – HCL)**

Il est important de se fixer des objectifs à moyen et à court terme, tels que des indicateurs sur l'implémentation, et sur l'impact sur la prise en charge.

### **Un participant**

Il est important de prévoir des liens avec les services informatiques et les codages des secteurs concernés. Dans certains établissements, il est même impossible de disposer des évaluations d'activité.

**Pr Maïté TAUBER**

Nous disposons de cet outil pour les maladies rares. Peut-être serait-il possible de l'adapter. De plus, l'indicateur du suivi en ambulatoire devrait être intégré.

**Un participant**

Le meilleur outil serait le registre des patients opérés.

**Monique ROMON**

Les patients opérés ne sont pas seuls concernés. Il conviendrait en outre de disposer d'un indicateur permettant de suivre les patients, tel qu'un suivi informatisé jusque chez le médecin traitant.

**Un participant**

Il faudrait créer rapidement des codes spécifiques pour les centres.

**Pr Olivier ZIEGLER**

Ces questions sont importantes. Il est nécessaire d'élaborer une grille simple de l'obésité complexe.

**Une participante**

Les critères qualitatifs de la typologie des patients et la structuration, sont les principaux critères à prendre en compte.

**Pr Olivier ZIEGLER**

Il serait nécessaire d'intégrer les RCP parmi les indicateurs à créer, de même que les PPS.

**Pr François PATTOU**

J'ai été surpris d'entendre définir les indicateurs comme de procédure, et non de résultat. Ainsi, la mortalité constitue un indicateur incontournable. Il me semble donc important de garder des indicateurs de résultat tels que le poids.

**Un participant**

Un indicateur peu évoqué est celui de la qualité de vie.

**Pr Maïté TAUBER**

Les critères qualitatifs sont notamment importants pour les hôpitaux de jour.

**Pr Olivier ZIEGLER**

Nous souhaitons à présent recueillir vos interventions sur le thème de la filière.

**Une participante**

Il existe une grande disparité des centres au niveau des régions. De ce fait, évaluer l'apport des centres et l'amélioration dont a bénéficié chaque région, serait sans doute important.

**Un participant**

Il serait utile de définir un dénominateur commun pour l'évaluation, avant que les régions ne définissent des critères plus spécifiques.

**Pr Olivier ZIEGLER**

Je partage cet avis. La définition d'un cadre global pour la France, et une analyse par région, semblent en effet utiles.



**Martine LAVILLE (CHU de Lyon – HCL)**

Je suis opposée à ce que chacun adopte des pratiques spécifiques. Au contraire, des indicateurs nationaux minimum communs paraîtraient davantage souhaitables.

**Un participant**

Je souhaite connaître les destinataires de l'évaluation, ainsi que leurs auteurs.

**Un participant**

Les évaluations obligatoires sont des évaluations externes, très coûteuses. Il s'agirait donc de faire des évaluations de centre à centre.

**Un participant**

Combien de temps durera la labellisation « centre spécialisée » ?

**Erell Pencreac'h - DGOS**

La dotation financière est attribuée pour deux ans. Il s'agit de crédits d'amorce de 70 000 euros par an et par centre (crédits d'aide à la contractualisation). Le suivi et l'évaluation s'effectueront pour trois ans.

**Fabrice HARDOUIN : conclusion**

Nous constatons que le sujet de l'évaluation n'est pas très avancé. Sur les moyens, on peut fonctionner par analogie avec d'autres secteurs tels que la cancérologie. Il existe malgré tout un souci de sélection des cas à évaluer. Des indicateurs de résultats sont également impératifs.

Finalement, notre domaine d'activité se distinguera des autres par sa dimension sociale et sociétale, allant bien au-delà des pathologies habituellement traitées.

# Intervention d'un grand témoin

---

Dr Elisabeth FERY-LEMONNIER

*Chargée de mission parcours de soins, secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales*

## I) Quelques constats généraux

Je souhaite en premier lieu saluer la modestie du Pr BASDEVANT, intervenu comme lanceur d'alerte depuis plus de 10 ans pour la prise en charge des patients, parallèlement au travail de la CNAM.

En deuxième lieu, il convient de rappeler que les professionnels de santé ont longtemps été seuls. L'enjeu actuel est donc de mettre en commun les expériences et de les rendre visibles. Sur l'obésité morbide, l'offre de soins n'est pas très lisible, tant pour les patients que pour les autres professionnels. L'impulsion politique est par conséquent très importante.

En troisième lieu, il semble qu'il existe des points communs à toute innovation dans la prise en charge. L'innovation rencontre en effet les interfaces entre spécialités médicales, ou entre médecins et autres professionnels de santé. Il s'agit seulement d'une phase, avant d'aboutir à la pluridisciplinarité recherchée.

## II) Points saillants

A la lecture du document du Plan Obésité, j'ai relevé des points très intéressants :

- un lien explicite entre différents plans de Santé Publique ;
- la désignation des centres spécialisés par les ARS ;
- une distinction claire entre les fonctions de coordination des parcours des patients, et les fonctions de coordination des acteurs ;
- l'intégration des coordinations préexistantes ;
- les nombreuses actions de prévention et les aspects sociaux.

## III) Le parcours de soins

Les maladies chroniques entraînent des facteurs de risques très importants. L'éducation thérapeutique est donc nécessaire en ce qui les concerne.

En outre, ces maladies ont un impact sur l'entourage. C'est pourquoi il est primordial de parvenir à l'équité de prise en charge, notamment financière.

Finalement, le parcours de soins se situe à l'échelle d'un territoire et d'une population.

Par ailleurs, les ARS jouent un rôle essentiel, alors qu'elles ont été créées depuis peu. Elles contribuent à inscrire tout le parcours de soins des patients. Elles constituent en outre l'interlocuteur privilégié des collectivités territoriales, et ont une capacité d'identifier les leviers et les blocages en réunissant tous les acteurs.

#### IV) Questions et commentaires

Il conviendrait que les acteurs créent des coopérations entre professionnels, et entre structures. De plus, il existe une grande variété dans les techniques, dont il conviendrait de se préoccuper.

Par ailleurs, il est nécessaire d'améliorer l'évaluation, non seulement au bénéfice de la collectivité et du patient, mais également pour tous les professionnels de la filière.

De plus, les systèmes d'information n'ont pas été suffisamment évoqués, alors qu'il s'agit d'outils essentiels pour les professionnels.

Enfin, il serait intéressant de décrire certains parcours typiques, à destination de l'extérieur.

# Clôture du séminaire

---

Pr. Arnaud Basdevant

Je remercie l'ensemble des participants et les animateurs des tables rondes.

L'objectif de cette réunion était l'échange, qui nous permettra à présent de dégager des chantiers utiles autour de la valorisation et des synergies.

L'innovation a constitué un point important, et nous avons la chance de nous situer sur un sujet émergent.

Document rédigé par la société Ubiquis – Tél : 01.44.14.15.16 – <http://www.ubiquis.fr> – [infofrance@ubiquis.com](mailto:infofrance@ubiquis.com)

||| Paris, le 5 avril 2012