

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

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

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Secrétariat général de la mission PNNS/PO

Instruction DGS/EA3/DGOS n° 2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS)

NOR : ETSP1127028J

Validée par le CNP le 29 juillet 2011. – Visa CNP 2011-190.

Date d'application : immédiate.

Résumé : la présente instruction rappelle les missions dévolues aux agences régionales de santé (ARS) pour la mise en œuvre du programme national nutrition santé 2011-2015 (PNNS 2011-2015) et du plan obésité (PO). Elle prévoit la mise en œuvre immédiate de l'action 4 du PO relative à l'identification des centres pour la prise en charge des patients atteints d'obésité ainsi que l'organisation des filières. Elle annonce également la mise à disposition de guides méthodologiques pour faciliter la mise en œuvre locale des actions.

Mots clés : nutrition (alimentation-activité physique), organisation des filières de prise en charge, centres spécialisés et centres intégrés.

Références :

Programme national nutrition santé (PNNS) 2011-2015 disponible à l'adresse internet suivante : <http://www.sante.gouv.fr/programme-national-nutrition-sante-2011-2015.html> ;

Plan obésité (PO) 2010-2013 disponible à l'adresse internet suivante : <http://www.sante.gouv.fr/plan-obesite.html> ;

Programme national pour l'alimentation (PNA) ;

Programme éducation santé (PES) ;

Plan national santé environnement (PNSE 2) ;

Rapport du Haut Conseil de la santé publique HCSP, avril 2010 : « Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions ».

Cadre réglementaire :

Code de la santé publique : article L. 3231-1 ;

Circulaire DGOS/R1 n° 2011-154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Validée par le CNP le 8 avril 2011. – Visa CNP 2011-91 ;

Circulaire DGAL CAB/C2011-0001 du 2 mars 2011 relative aux orientations nationales en vue de la mise en œuvre régionale du programme national de l'alimentation pour l'année 2011 ;

Circulaire DGAL CAB/C2010-0004 du 15 mars 2010 relative aux orientations nationales en vue de la mise en œuvre des plans d'action régionaux pour une politique de l'offre alimentaire sûre, diversifiée et durable pour l'année 2010 ;

Instruction n° SG/2011/08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports.

Annexes : instruction DGOS pour l'identification de centres spécialisés et de centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée. Organisation des filières de prise en charge dans les régions (plan obésité – action 4) – pour mise en œuvre immédiate.

*Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la secrétaire d'État chargée de la santé à
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

I. – CONTEXTE

Dans l'objectif d'améliorer la santé de la population en agissant sur le déterminant « Nutrition » (qui englobe l'alimentation et l'activité physique) notre pays développe depuis 2001 une politique nutritionnelle vigoureuse traduite dans le programme national nutrition santé (PNNS). Après un 2^e PNNS en 2006, un troisième programme a été défini pour la période 2006-2011 conformément aux dispositions de l'article L. 3231-1 du code de la santé publique qui prévoit l'élaboration d'un programme relatif à la nutrition et à la santé tous les cinq ans.

Selon le rapport du Haut Conseil de santé publique publié en 2010, alors qu'une stabilité globale de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ces dix dernières années a été observée en France (avec cependant des disparités socio-économiques), l'obésité chez les adultes progresse lentement mais de façon constante. C'est dans ce contexte que le Président de la République a souhaité que la France s'engage résolument dans la prévention et la prise en charge de l'obésité par la formalisation d'un plan obésité (PO) pour la période 2010-2013.

Inscrits dans une stratégie interministérielle, ces deux plans de santé publique ont été présentés et annoncés au conseil des ministres du 20 juillet 2011. Ils sont accessibles sur les sites internet mentionnés en référence.

Objectifs et principes du PNNS 2011-2015

Le PNNS traite de la nutrition-santé de façon globale sous l'angle de la promotion de la santé (en particulier ciblée sur la réduction des inégalités sociales en santé nutritionnelle) et de la prévention des diverses pathologies associées. Il aborde plus spécifiquement la question de la dénutrition.

Les objectifs nutritionnels précis et chiffrés du PNNS 2011-2015 sont ceux retenus par le Haut Conseil de la santé publique sur la base de l'évaluation réalisée en 2009-2010.

Il est mis en œuvre autour de quatre axes et un volet transversal (45 mesures et 129 actions) :

Axe 1 : réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention.

Axe 2 : développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité.

Axe 3 : organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition. Diminuer la prévalence de la dénutrition.

Axe 4 : valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

Volet transversal « Formation, surveillance, évaluation et recherche » :

- contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique ;
- maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables par la mise en œuvre d'études en population ;
- clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes d'évaluation.

Objectifs du plan obésité 2010-2013

Le plan obésité réunit en un ensemble coordonné, une série de mesures et d'actions articulées autour de quatre axes :

Axe 1 : optimiser l'organisation d'une offre de soins plus accessible et plus lisible pour les patients et les professionnels.

Axe 2 : mobiliser les partenaires de la prévention en étroite relation avec le PNNS 3, le programme national pour l'alimentation (PNA) et le programme éducation santé (PES).

Axe 3 : prendre en compte les situations de vulnérabilité et de discrimination.

Axe 4 : développer un ambitieux programme de recherche notamment par la création d'une fondation scientifique (AVIESAN) chargée de développer les projets avec les partenaires publics et privés.

(1) Le MAAPRAT, via la circulaire du 2 mars 2011, a présenté les orientations nationales du PNA pour une mise en œuvre au niveau régional. Par souci de cohérence entre les différentes actions menées dans le cadre du PNNS/PO et le PNA, les ARS seront impliquées dans les comités en charge de la mise en œuvre régional du PNA qui sont les CRALIM.

Articulation entre les plans, intersectorialité et partenariats

L'articulation du PNNS et du PO avec le programme national pour l'alimentation (PNA) (1), ainsi qu'avec le plan national santé environnement (PNSE), le plan national alimentation insertion (PAI) et le programme éducation santé (PES), est indispensable pour assurer la convergence et l'efficacité des politiques définies. Leur mise en œuvre nécessite donc une collaboration intersectorielle mobilisant de nombreux services de l'État, tant au niveau national que régional.

Pilotage national du programme national nutrition santé et du plan obésité

PNNS et PO mobilisent, pour l'atteinte des objectifs fixés, les compétences et ressources d'autres secteurs, plans et programmes mis en œuvre sous le pilotage de plusieurs ministères, notamment les ministères chargés de l'alimentation, de l'éducation nationale, de la consommation, des sports, de la cohésion sociale ou encore de l'enseignement supérieur et de la recherche, de la culture et de la communication, de l'intérieur et de l'outre-mer.

Un lien est également assuré avec les autres programmes de santé publique mis en œuvre par le ministère chargé de la santé comme le plan cancer, le plan pour l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan santé des jeunes ou le plan national santé environnement.

La mise en œuvre et le suivi du PNNS et du PO sont assurés sous l'égide de leurs présidents respectifs. Un comité de pilotage et de suivi commun aux deux plans sera mis en place en septembre 2011. L'état d'avancement des actions lui sera régulièrement présenté.

La coordination de la mise en œuvre des actions et mesures du PNNS/PO est assurée par le secrétariat général des plans placé auprès de la direction générale de la santé. Ce secrétariat assure :

- le pilotage et le suivi de la mise en œuvre des interventions ;
- la fourniture, en tant que de besoin, des supports scientifiques et techniques utiles à la mise en place des actions ;
- la proposition de mécanismes incitatifs pour l'implication des multiples acteurs institutionnels, associatifs et privés dont les actions contribuent à l'atteinte des objectifs fixés ;
- l'information et la valorisation des actions et des acteurs.

II. – MISSIONS DES ARS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PNNS ET DU PO

Les agences régionales de santé (ARS), par leur engagement à tous les niveaux de l'action de santé publique, sont à l'échelon régional les acteurs clés de la mise en œuvre de ces plans. C'est pourquoi nous vous demandons de :

II.1. Désigner des correspondants PNNS/PO

Ces correspondants seront chargés :

- d'assurer l'animation de la déclinaison du PNNS et du PO à l'échelon régional ainsi que la mobilisation et la coordination des acteurs régionaux ;
- d'établir le lien direct et permanent avec la coordination nationale du PNNS-PO, assurée par le secrétariat général des plans ;
- d'animer et de coordonner en territoire la mise en cohérence de ces deux plans avec les programmes d'autres ministères, notamment le PNA présenté par le ministre chargé de l'alimentation (dont une déclinaison régionale est précisée dans une circulaire en date du 15 mars 2010) (cf. annexe 2). Celle-ci prévoit par ailleurs d'associer les ARS à la gouvernance locale des plans d'action régionaux, comme membres des comités régionaux pour l'alimentation (CRALIM).

À ce titre, les ARS interviennent principalement à trois niveaux :

1. Opérateurs : c'est-à-dire responsables du pilotage et de la mise en œuvre des actions, au moyen d'outils fournis par le ministère (cahier des charges, guides méthodologiques...).
2. Partenaires : lorsqu'elles sont associées à la déclinaison d'une mesure dont elles ne sont pas les pilotes, de la conception à la réalisation.
3. Promoteurs de l'information ou de la communication : lorsqu'elles participent à la diffusion des outils d'information et de communication, mais également à la valorisation des actions conduites.

II.2. Développer les partenariats

Les deux dimensions de la nutrition, alimentation et activité physique, jouent un rôle fondamental en prévention primaire auprès de la population générale. L'école, l'entreprise, les collectivités territoriales, et les partenaires associatifs notamment dans le domaine du sport (club, ligues, réseaux sport-santé) doivent être fortement impliqués dans cette dynamique santé coordonnée par les ARS. De plus, l'activité physique doit être considérée comme faisant partie intégrante de la chaîne de soins pour les sujets atteints d'obésité notamment dans les populations vulnérables (handicapés ou porteurs de maladies chroniques). L'activité physique adaptée est intégrée aux programmes d'éducation thérapeutique du patient mais également développée dans les différents dispositifs de la ville (contrats urbains de cohésion sociale) en lien avec les futurs contrats locaux de santé. La formation des intervenants professionnels sur ce champ précis fera l'objet d'une actualisation. Pour y parvenir,

des partenariats doivent être développés entre les ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports, ainsi qu'avec l'ensemble du mouvement associatif sportif et les collectivités territoriales. Ce partenariat fera l'objet d'une instruction sur la promotion de l'activité physique comme facteur de santé en région.

II.3. Mettre en œuvre les actions du PNNS et du PO en région

II.3.1. Pour le PNNS

Un guide méthodologique d'aide à la mise en œuvre vous sera communiqué à l'automne 2011.

Ce guide portera sur les objectifs fixés et repris dans le paragraphe « Objectifs et principes du PNNS 2011-2015 » du contexte, page 3. Il explicitera les différents mécanismes et outils développés et prévus dans le cadre du PNNS 2011-2015. Il abordera notamment les domaines d'intérêt pour la mise en œuvre des volets nutrition des projets régionaux de santé dans :

- les champs de l'alimentation et de l'activité physique ;
- les aspects relatifs à l'information, la communication et l'éducation (outils disponibles, mécanismes de validation) ;
- la formation (notamment pour les intervenants locaux et régionaux en santé publique) ;
- l'évaluation (outils et guides disponibles) ;
- la surveillance (protocoles) ;
- la mobilisation des acteurs régionaux impliqués dans le domaine nutrition santé (collectivités territoriales, entreprises).

II.3.2. Pour le PO

En tant qu'opérateur, les ARS auront pour mission de mettre en œuvre les actions suivantes concernant le volet offre de soins.

II.3.2.1. Appel à projet national pour structurer l'offre spécialisée au niveau du régional et infra-régional en identifiant des centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour organiser la filière de soins en région (action 4) – (cf. annexe 1) pour mise en œuvre immédiate.

II.3.2.2. Assurer le transport sanitaire bariatrique (2011-2013)

Les transports bariatriques permettent de disposer de véhicules adaptés, afin d'assurer les transports sanitaires et la prise en charge de patients dits « obèses » en toutes circonstances et dans des conditions ergonomiques et sécurisées, à la fois pour ces patients, et pour les personnels.

Un référentiel technique, organisationnel et médico-économique pour le transport bariatrique sera défini et transmis aux ARS. Il comprendra :

1. Les exigences techniques minimales d'une ambulance bariatrique.
2. Les recommandations d'utilisation (modes de déclenchement, recommandations médicales, régulation...).
3. Les modalités financières et les options d'acquisition et de gestion possibles.

II.3.2.3. Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique

II.3.2.4. Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité (2012-2013) au moyen d'un cahier des charges national pour établir un diagnostic territorial des besoins afin de structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité puis le déploiement des réseaux et de la coordination des soins en utilisant l'expertise des réseaux existants.

II.3.2.5. Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (2012-2013) en désignant un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) par région et en permettant son équipement dans le but de recevoir les patients obèses sévères obligatoirement en lien avec le ou les centres spécialisés de la région.

Les outils qui vous seront proposés constitueront 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 façon appropriée, ainsi que des conventions types pour contractualiser le centre spécialisé avec lequel le SSR sera lié.

De plus, 3 millions d'euros ont été prévus en 2011 sur le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour équiper les établissements SSR (115 385 € par région).

Chaque ARS devra veiller à attribuer ces financements aux SSR répondant aux objectifs fixés dans le plan obésité, en particulier en lien formalisé avec un centre spécialisé permettant l'accueil effectif en SSR de patients obèses qui actuellement restent hospitalisés ou rentrent à domicile.

S'agissant des autres actions du PO, comme pour le PNNS, un guide méthodologique vous sera également communiqué à l'automne 2011. Il explicitera les différents mécanismes et outils développés et contribuant à faciliter le développement des dynamiques régionales et portera

notamment sur les objectifs tendant à mobiliser les partenaires de la prévention, à agir sur l'environnement et à promouvoir l'activité physique (axe 2) à prendre en compte les situations de vulnérabilité et à lutter contre les discriminations des personnes obèses (axe 3).

III. – LES ACTIONS SPÉCIFIQUES OU TRANSVERSALES AU PNNS ET AU PO

III.1. Déclinaison spécifique pour les territoires d'outre-mer

Les ARS ultramarines seront impliquées dans la mise en œuvre des projets et programmes régionaux issus de la déclinaison et en cohérence avec les PNNS et PO. L'objectif est de coordonner les stratégies entre les territoires, d'impliquer les différents ministères concernés ainsi que les autres services déconcentrés (DAAF, DJSCS) et les associations. Un guide méthodologique spécifique sera conçu pour accompagner la mise en œuvre de la déclinaison du PNNS et du PO dans les départements d'outre-mer.

III.2. Actions transversales au PNNS et au PO : communication et information

Un groupe de travail national sollicitera deux ARS pilotes pour élaborer les supports afin d'améliorer la lisibilité des informations relatives aux ressources médicales et non médicales (offre d'activité physique et sportive notamment) et de les rendre accessibles, probablement au moyen d'un volet « obésité » créé sur les sites des ARS. Ceci permettra également d'établir le lien avec les sites d'information existants portant sur l'alimentation et l'activité physique et sportive, ceux des associations de patients, des réseaux de santé et les sites officiels des autres plans gouvernementaux (PNNS, PNA, PES...). Une expérimentation sera menée au niveau des deux ARS pilotes. Lors de l'extension sur tout le territoire, chaque ARS sera impliquée dans le recueil des informations et la mise à jour de ce volet selon le schéma préalablement établi.

En complément de cette instruction globale, des instructions complémentaires validées en CNP détermineront les actions à mettre en œuvre en fournissant les outils nécessaires (guides méthodologiques, cahiers des charges, documents types...).

Nos services se tiennent à votre écoute pour tout complément ou échange.

Pour le ministre du travail, de l'emploi et de la santé
et pour la secrétaire d'État chargée de la santé :

Par empêchement
du directeur général de la santé :
*La directrice générale adjointe
de la santé,*
S. DELAPORTE

Par empêchement
de la directrice générale de l'offre de soins :
*La sous-directrice
de la régulation de l'offre de soins,*
N. LEMAIRE

ANNEXE

INSTRUCTION POUR L'IDENTIFICATION DE CENTRES SPÉCIALISÉS ET DE CENTRES INTÉGRÉS POUR LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS ATTEINTS D'OBÉSITÉ SÉVÈRE OU MULTICOMPLIQUÉE. ORGANISATION DES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE DANS LES RÉGIONS (PLAN OBÉSITÉ – ACTION 4)

Objet : Plan obésité – action 4.

Identification de centres spécialisés et de centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée. Organisation des filières de prise en charge dans les régions.

Pièces jointes :

1. Cahiers des charges « centres spécialisés » et « centres intégrés ».
2. Note relative à la prise en charge des enfants et des adolescents.
3. Tableau de répartition des centres spécialisés.

Le plan obésité donne une nouvelle impulsion à la politique de prévention et de prise en charge de l'obésité grâce à un ensemble d'actions coordonnées et articulées avec d'autres plans tels que le PNNS (Plan national nutrition santé) et le PNA (Plan national pour l'alimentation).

L'axe 1 du plan obésité « améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage » a pour ambition de mettre en place, sous l'autorité des ARS une organisation des soins lisible, accessible à tous et cohérente afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins.

Pour organiser un recours spécialisé en établissements de santé respectant la logique de gradation des soins prévue dans les SROS-PRS, l'action 4 du plan prévoit de reconnaître des centres spécialisés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée (entre 1 et 4 par régions). Ces centres ont deux missions principales :

1. Prendre en charge l'obésité sévère et promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire.
2. Contribuer à organiser la filière dans chaque région, rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire.

Les centres intégrés (entre 3 et 5 au niveau national) sont des centres spécialisés, qui développent une politique d'enseignement, de formation et de recherche.

L'objet de la présente annexe est d'organiser l'appel à projet pour désigner les centres spécialisés et les centres intégrés. Celui-ci s'adresse aux établissements de santé disposant déjà d'une organisation pluridisciplinaire opérationnelle, d'équipes et d'installations adaptées au suivi des situations d'obésité sévère et multicompliquée.

Sélection des centres spécialisés

Les ARS ont la responsabilité, sur la base du cahier des charges « centres spécialisés » :

- d'identifier sur une base régionale ou interrégionale les dossiers de candidatures pertinents d'établissements qui disposent déjà d'une organisation multidisciplinaire opérationnelle, en s'appuyant notamment sur les données du PMSI 2009. Un dossier peut être commun à plusieurs ARS en fonction du contexte ;
- de sélectionner le ou les centres spécialisés sur la base du cahier des charges ;
- de transmettre à la DGOS la liste des centres spécialisés identifiés avec une présentation succincte des caractéristiques des dossiers retenus.

Le ministère prévoit le financement des missions de coordination pour l'organisation de l'offre et la diffusion des compétences d'au maximum trente-sept centres pour une durée de deux ans, non reconductibles, sous forme d'aides à la contractualisation (AC) (cf. répartition dans le tableau joint en annexe).

En fonction des besoins et des initiatives régionales, les ARS peuvent aller au-delà sans financement supplémentaire de la part du ministère.

Sélection des centres intégrés

Les ARS transmettent à la DGOS et sur la base du cahier des charges « centre intégrés » la liste et les dossiers des centres spécialisés candidats en raison de leur activité de recherche de niveau international, accompagné d'un avis circonstancié du directeur général de l'ARS de la candidature.

Un comité national désigne les centres intégrés. Il est présidé par la DGOS et inclut un représentant de l'Institut thématique multiorganisme (ITMO) « Circulation métabolisme nutrition » au sein de l'AVIESAN (Alliance pour les sciences de la vie et de la santé), de la HAS, le président de l'Asso-

ciation française de étude et de recherche sur l'obésité (AFERO), le président de la Société française francophone de chirurgie de l'obésité (SOFFCO-M), le président de la Société francophone du diabète, et un représentant d'association d'utilisateurs.

NB : les centres spécialisés ou intégrés souhaitant être reconnus dans leur activité de chirurgie de l'obésité de l'adolescent seront intégrés au processus de sélection des centres intégrés.

Suivi et évaluation

Les centres spécialisés et les centres intégrés transmettront annuellement à l'ARS un rapport d'activité sur la base d'indicateurs portant essentiellement sur l'activité et le développement des coopérations entre professionnels pour les centres spécialisés. Pour les centres intégrés, ces indicateurs seront complétés par l'évaluation de la recherche et de la formation.

Un dispositif d'évaluation sera mis en place et une évaluation sera réalisée tous les trois ans permettant d'attribuer le renouvellement de la mention de centre spécialisé ou intégré. Il sera procédé à un retrait de reconnaissance pour tout centre qui ne se conformerait pas aux conditions définies dans le cahier des charges.

Le programme d'évaluation sera diffusé auprès des centres spécialisés à l'issue d'un travail conduit avec les centres identifiés.

Calendrier de la sélection

1. Centres spécialisés : La procédure de sélection est laissée à l'initiative des régions. Transmission de la liste à la DGOS (bureau R4)	31 octobre 2011
2. Centres intégrés : Transmission des dossiers de candidature à la DGOS (bureau R4) Comité national de sélection	31 octobre 2011 Novembre 2011

L'équipe du bureau des prises en charge post aiguës, maladies chroniques et santé mentale (R4) se tient à votre disposition et répondra à vos questions à l'adresse suivante : DGOS-R4@sante.gouv.fr.

PJ 1: CAHIER DES CHARGES DES CENTRES SPÉCIALISÉS ET DES CENTRES INTÉGRÉS

Plan obésité – Axe 1 : améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage.
Mesure 1.2 : structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infrarégional.

Action 4

Identifier des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions

La mise en œuvre de cette action se décompose en 3 parties :

1. La reconnaissance de centres spécialisés régionaux.
2. La reconnaissance de centres intégrés suprarégionaux.
3. L'organisation des soins pour les enfants et adolescents.

Centres spécialisés

L'objectif est d'assurer la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multi-compliquée par la création de centres spécialisés chargés d'animer des filières en lien avec les acteurs des territoires concernés.

Sont concernées par cet appel à projets les organisations médicales ayant déjà une expérience de filière adaptée à la prise en charge de ces situations cliniques (*cf. infra*). Les pratiques doivent être conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)

L'organisation vise la qualité et la sécurité des soins par une approche multidisciplinaire intégrée et l'adaptation des équipements. Le projet médical, centré sur le patient, est celui d'une population et d'un territoire et non d'une structure. Il tient compte du contexte épidémiologique régional et de l'offre de soins disponible. La reconnaissance des centres sera effectuée sur la base d'une approche multi activités de soin, en médecine et en chirurgie et de la contribution à l'organisation de la filière de prise en charge.

Centres intégrés

La reconnaissance des centres intégrés ajoute aux éléments relatifs aux centres spécialisés des critères hospitalo-universitaires : formation, enseignement et recherche ainsi que des prises en charge spécialisées et rares (services de pédiatrie engagés dans la prise en charge de l'obésité sévère et des maladies rares, les laboratoires de génétique, les services d'obstétrique...).

Prise en charge des enfants et adolescents

Les centres spécialisés et intégrés qui développent une spécialité dans la prise en charge des enfants et des adolescents font l'objet de recommandations spécifiques.

CAHIER DES CHARGES « CENTRES SPÉCIALISÉS »

Les centres spécialisés ont deux missions principales.

1. 1^{re} mission : prendre en charge l'obésité sévère et organiser la pluridisciplinarité

Les centres spécialisés prennent en charge les situations les plus complexes : obésités multi-compliquées ou associées à d'autres pathologies, aux situations relevant de prise en charge multi-professionnelles et nécessitant des explorations spécialisées, des équipements spécifiques adaptés, et relevant de concertations pluridisciplinaires.

a) Accès aux soins

Compte tenu de la fréquence des personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale au sein des patients souffrant d'obésité sévère, le centre doit développer une politique d'accès aux soins adaptée, notamment pour les patients bénéficiant de la CMU.

b) Médecine de l'obésité

Le centre candidat assure un bilan et une prise en charge nutritionnels (diagnostic étiologique, identification des complications, etc.), une évaluation psychologique et du comportement alimentaire.

L'équipe pluridisciplinaire réunit l'ensemble des professionnels (médecins, psychologue ou psychiatre, diététiciens, etc.) pour une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) des situations cliniques complexes et dispose des explorations spécialisées et équipements adaptés. Il existe un projet d'éducation thérapeutique reconnu.

L'activité du centre proposera une prise en charge en ambulatoire, en hôpital de jour (en conformité avec l'instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour [GHS] pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée [UHCD]) et en hospitalisation à temps plein pour les situations aiguës. Un accès à une réanimation doit être prévu.

L'activité en médecine de l'obésité (IMC > 35 multicompliquée) par établissement de santé et par site composant le centre de référence doit être d'au moins 30 consultations/an.

c) Chirurgie de l'obésité « adulte »

Pour la prise en charge des patients relevant de la chirurgie bariatrique, l'équipe chirurgicale du centre spécialisé garantit une expérience de plusieurs techniques d'interventions : réduction gastrique (anneau, manchon), techniques associant une malabsorption intestinale.

L'activité annuelle de l'équipe chirurgicale doit atteindre au moins le seuil de 30 interventions/an.

d) Concertations pluridisciplinaires

Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont en place pour les dossiers de médecine complexes et les dossiers de chirurgie bariatrique. La présentation en RCP des dossiers inclut l'organisation du parcours de soins et les dimensions sociales.

Dans un objectif de renforcer la coordination autour du patient, un projet de prise en charge personnalisée du patient doit être établi. Ce document a pour objet de faire le lien entre les différents intervenants du parcours de soins.

e) Activité

Les centres candidats doivent indiquer leur niveau d'activité de 2010 :

- nombre de consultations annuelles pour obésité ;
- nombre d'hospitalisations de jour (HdJ) pour obésité/an ;
- nombre de séjours d'hospitalisation pour obésité/an.

f) Information des patients en lien avec les associations de patients

Le centre doit organiser une information pertinente et accessible à destination des patients, de leurs proches et des associations de patients.

Le centre veillera notamment à organiser des réunions d'information sur la chirurgie bariatrique, des brochures d'information et mettre en place un recueil du consentement aux soins chirurgicaux.

2. 2^e mission : organiser la filière dans chaque région

Il s'agit de contribuer sous l'égide de l'ARS à l'organisation de la filière dans chaque région de façon à optimiser les organisations, faciliter la diffusion des compétences au sein des territoires de santé, promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels.

Le cahier des charges insiste sur la nécessité d'établir des relations fonctionnelles et des partenariats formalisés visant à assurer la cohérence des soins sur l'ensemble des niveaux de recours (notamment pour le premier recours, et les établissements de santé de niveau de recours infrarégional).

Ce travail, pour initier et mettre en œuvre une véritable démarche de coordination, implique à la fois des actions de sensibilisation, d'information, de formation, l'écriture de protocoles organisationnels et l'animation d'une filière de prise en charge qui associe les acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux. Ce travail nécessite un temps dédié afin de créer une dynamique et de formaliser les partenariats.

Les travaux de coordination portent de manière prioritaire sur les champs suivants (liste non exhaustive) :

- au sein du centre spécialisé, la coopération est formalisée par des procédures de prise en charge entre les différentes unités du centre, conformes aux recommandations de bonnes pratiques définies par la HAS ;
- les indications opératoires sont prises dans le cadre des réunions de RCP qui suivent une procédure formalisée et réunissent médecins chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, psychologues, psychiatres, diététiciens. La traçabilité est assurée par un compte rendu pour chaque RCP ;
- pour renforcer l'intégration territoriale, le centre spécialisé déploie une démarche de coordination (réunions, formations, écriture de documents partagés) avec la médecine de ville (généralistes, pédiatres, spécialistes), les réseaux de type REPPPO, les associations, les acteurs du champ social et médico-social, les établissements de santé prenant en charge des patients obèses qu'ils soient autorisés en médecine, chirurgie, obstétrique, en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en soins de longue durée (USLD). Il est recommandé que le centre spécialisé s'associe à une structure de pédiatrie spécialisée dans la prise en charge des obésités de l'enfant et de l'adolescent ;
- à moyen terme, il conviendra de favoriser la coordination entre les centres spécialisés entre eux et les centres spécialisés et intégrés pour assurer la lisibilité globale de l'organisation (annuaire, portail interne), le partage d'expériences, de formations, de protocoles de prise en charge...

Par ailleurs, pour répondre à la logique générale de gradation des soins et garantir la cohérence avec les autres mesures du plan obésité, des partenariats spécifiques doivent être établis et formalisés :

- avec un établissement autorisé en SSR. La mesure 1.6 du plan obésité prévoit en effet d'assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée ($IMC > 35$ ou poids > 135 kg) à des prises en charge adaptées en SSR. Il est prévu qu'un établissement autorisé en SSR par région assume cette responsabilité en lien avec un centre spécialisé ;
- avec les réseaux de prise en charge de l'obésité enfant et/ou adulte. La mesure 1.5 a en effet pour objectif de d'établir un diagnostic territorial des besoins pour structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité puis de structurer le déploiement des réseaux et de la coordination des soins pour la prise en charge de l'obésité, en utilisant l'expertise et le savoir faire des réseaux existants. Dans ce cadre, les centres spécialisés devront organiser la création de filières territoriales en lien avec les réseaux spécialisés.

1. Modalités d'organisation

L'organisation du centre peut s'envisager soit au sein d'un seul établissement soit par coopération établie par convention entre plusieurs établissements (dans une limite géographique permettant un travail quotidien entre les équipes). L'organisation du centre spécialisé peut par exemple reposer sur un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyen pour mettre en commun les moyens, constituer des équipes communes. En toute hypothèse, l'inscription dans une démarche de coopération via des conventions, des GCS, des réseaux de santé pour promouvoir les liens ville-hôpital ou avec le médico-social est souhaitable.

Les ARS prendront en compte cette dimension de coordination régionale en s'assurant que des rencontres sont organisées lorsque la région comporte plusieurs centres.

Dans le cas d'un regroupement entre plusieurs établissements de santé, le dossier de candidature doit être rempli conjointement par les établissements de santé. Un établissement de santé « chef de file » ou coordonnateur doit être désigné. Chaque candidature doit être accompagnée d'une lettre d'engagement de chacun des directeurs des établissements de santé candidats.

2. Compétences attendues

Équipe médicale : le responsable du centre spécialisé est un médecin spécialiste de la nutrition, endocrinologue, diabétologue (DESC de nutrition ou DES d'endocrinologie-métabolisme) ou inter-

niste disposant d'une expérience professionnelle de plus de cinq ans dans le domaine de l'obésité. Un centre spécialisé doit recevoir chaque année au moins 300 patients présentant une obésité répondant aux critères de sévérité définis ci-dessus. En tant que de besoin, des compétences psychiatriques sont intégrées (expertise sur les conduites et comportement alimentaires notamment).

L'équipe soignante réunit diététiciens, psychologues, kinésithérapeute ou psychomotricien ou éducateur medico-sportif ayant été formés à la prise en charge de ces patients.

Partenariats avec les autres disciplines : le centre dispose des compétences des équipes de spécialistes (cardiologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, exploration du sommeil, psychiatrie, etc.) indispensables au bilan complet des obésités sévères et des collaborations avec un service de gynécologie-obstétrique pour la prise en charge obstétricale des grossesses pathologiques associées à l'obésité. Une attention particulière doit être portée aux partenariats avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. Le centre candidat dispose d'une convention avec un ou des établissements autorisés en SSR qui reçoivent les patients atteints d'obésité sévère (poids supérieur à 135 kg).

Équipe chirurgicale : le chirurgien justifie d'une expérience ou d'une formation spécifique en chirurgie coelioscopique de l'obésité (par exemple DU ou DIU de chirurgie de l'obésité). Le volume d'activité en chirurgie de l'obésité doit être au minimum de trente interventions/an. L'équipe de chirurgie viscérale est en mesure de réaliser les interventions de chirurgie non bariatrique pour ces patients. L'équipe d'anesthésie-réanimation a une expérience de la prise en charge de ce type de patients et dispose des équipements nécessaires.

Partenariat avec la pédiatrie : le centre spécialisé doit dans la mesure du possible inclure ou établir des liens avec une unité pédiatrique spécialisée dans la prise en charge des obésités sévères de l'enfant.

Formation des équipes : l'équipe médicale et paramédicale est formée à l'accueil et à la prise en charge des personnes obèses.

3. Équipements

Les besoins en équipements sont décrits dans le rapport intitulé « Plan d'actions : obésité-établissements de soins » qui peut être consulté sur le site internet de la DGOS (1). Les équipements suivants doivent être adaptés à la prise en charge des personnes présentant des corpulences importantes :

- équipements médicaux : systèmes de pesée (> 250 kg), brassards de tensiomètres de grande taille, soulèvements malades mobiles avec pesée, fauteuils d'accueil, brancards et fauteuils roulants, lits d'hospitalisation, matelas anti-escarres adaptés ;
- chambres adaptées aux personnes présentant une obésité extrême ;
- tables d'examen et notamment d'endoscopie ;
- appareil de dépistage du syndrome d'apnée du sommeil (SAS) ;
- table opératoire supportant une charge > 250 kg, matériel de coelioscopie (trocarts, instruments de chirurgie, consommables, etc.) ;
- lits de réanimation avec pesée intégrée.

Le patient doit avoir accès aux explorations du sommeil, respiratoires (EFR), cardiovasculaires, à l'endoscopie digestive, l'exploration métabolique et nutritionnelle. Un accès à une imagerie IRM et scanner adaptés à la prise en charge des personnes obèses sévères (dans les limites des possibilités techniques actuelles) doit être identifié ou prévu.

L'accès à un véhicule de transport sanitaire adapté doit être prévu. Cette démarche sera intégrée dans la mesure 1.7 du plan obésité qui vise à assurer le transport bariatrique en définissant un modèle technique, organisationnel et médico-économique de cette activité.

CAHIER DES CHARGES « CENTRES INTÉGRÉS »

Le centre intégré est un centre spécialisé qui assure les missions supplémentaires : formation, enseignement et recherche.

Les centres intégrés développent les spécificités suivantes :

- les actions de formation, d'enseignement et de recherche de caractère hospitalo-universitaire. Ils assurent dans ce cadre une activité de recherche en particulier thérapeutique, sur les nouvelles procédures de traitement médical et chirurgical, en lien avec un centre de recherche en nutrition humaine, une centre de recherche ou une unité de recherche universitaire ou institutionnelle labellisée. Il conviendra d'établir la liste des équipes de recherche (universitaires ou EPST, centre de recherche, CRNH, CIC), avec intitulé de l'équipe, rattachement et nom du directeur et les publications ;
- la prise en charge des maladies rares, des syndromes génétiques, des obésités syndromiques, des situations médico-chirurgicales complexes (exemple : chirurgie bariatrique chez le candidat à une greffe, à une chirurgie cardiaque), et donc un accès aux expertises correspondantes (par exemple unité de génétique) ;
- une offre d'explorations très spécialisées d'ores et déjà disponible : par exemple, des équipements d'imagerie adaptés (IRM et scanner adaptés, angiographie et gamma caméra ; contrat de collaboration éventuellement) ;

(1) Le site du ministère de la santé est : <http://www.sante.gouv.fr/remise-des-rapports-des-professeurs-martin-et-basdevant-consacres-a-la-nutrition.html>

- un lien avec une structure pédiatrique spécialisée dans l'obésité ;
 - une activité d'enseignement universitaire (DU, DES, DESC en rapport avec l'obésité).
- Pour être reconnues centres intégrés, les candidatures doivent assurer que :
- le projet médical permet le bilan et la prise en charge de maladies génétiques, de maladies rares, de situations extrêmement complexes (argumenter chaque point) ;
 - une ou des équipes de recherche labellisée travaillent dans le domaine de l'obésité ou un CRNH ;
 - les publications sont de niveau international en recherche clinique, fondamentale ou de santé publique dans le domaine de l'obésité ;
 - il existe un projet de formation universitaire et postuniversitaire.

PJ 2 : NOTE SUR LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Compte tenu de l'épidémiologie de l'obésité pédiatrique, toute structure de pédiatrie doit être en mesure d'accueillir et de traiter l'obésité commune.

Certains services ont développé une « hyperspécialité » dans la prise en charge des obésités sévères de l'enfant et singulièrement des obésités syndromiques et génétiques. Ces structures sont appelées à développer des partenariats formalisés avec les centres spécialisés ou les centres intégrés adultes pour partager les expertises et les outils diagnostics en particulier en génétique, et pour faciliter la transition vers la prise en charge adulte.

La chirurgie bariatrique reste une indication exceptionnelle chez l'adolescent, requérant une expertise spécifique. Pour des raisons d'expertise et de conditions techniques (disponibilité du matériel, corpulence des patients, expertise chirurgicale et anesthésique), cette chirurgie d'exception devrait être concentrée dans quelques sites experts au niveau national. Dans l'attente de recommandations française sur la chirurgie bariatrique des adolescents, le centre pour adolescents se réfère aux recommandations américaines de l'Endocrine Society de 2008 (1) et de l'American College of Surgeons de 2008 (2).

Cette activité peut concerner aussi bien des centres spécialisés que des centres intégrés.

Compte tenu du caractère exceptionnel de l'indication de chirurgie de l'obésité chez les jeunes, la reconnaissance de ces centres se fera au niveau national.

Si le centre candidat a le projet de s'engager dans la chirurgie de l'obésité chez l'adolescent, il conviendra de mentionner :

- la composition de l'équipe pédiatrique ;
- l'équipe médico-chirurgicale et d'anesthésie réanimation ;
- le nombre de cas déjà opérés par l'équipe ;
- les techniques chirurgicales utilisées ;
- les modalités de concertation multidisciplinaires ;
- les conditions d'analyse de morbi-mortalité ;
- les conditions de suivi ;
- l'articulation pédiatrie-médecine adulte ;
- les publications dans le domaine.

Le dossier devra montrer que :

- l'activité est déjà en cours avec un nombre significatif d'interventions : plus de dix interventions réalisées chez des moins de dix-huit ans dans les trois dernières années ;
- la collaboration chirurgiens-anesthésistes-réanimateurs-pédiatres est établie sur la base de réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) depuis au moins trois ans ;
- le centre s'appuie sur une collaboration avec un centre intégré en mesure de réaliser les bilans de formes d'obésités syndromiques c'est-à-dire génétiques de l'enfant.

PJ 3 : RÉPARTITION DES CENTRES SPÉCIALISÉS

RÉGION	PRÉVALENCE de l'obésité (population) Individus de 18 ans et + (*)	RÉPARTITION des centres spécialisés	POPULATION totale 2009 (**)	PRÉVALENCE de l'obésité Individus de 18 ans et + (en pourcentage)
Corse	36 829	1	306 906	12,00
Guyane	47 408	1	225 751	21,00
Martinique	85 329	1	398 733	21,40

(1) Prevention and treatment of pediatric obesity : an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, Silverstein JH, Speiser PW, Styne DM, Montori VM. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008 Dec ; 93(12) :4576-99.

(2) ACS. Bariatric Surgery Center Network Accreditation Program Manual updated as of November 2008.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

RÉGION	PRÉVALENCE de l'obésité (population) Individus de 18 ans et + (*)	RÉPARTITION des centres spécialisés	POPULATION totale 2009 (**)	PRÉVALENCE de l'obésité Individus de 18 ans et + (en pourcentage)
Guadeloupe	90 733	1	403 257	22,50
Limousin	102 571	1	743 265	13,80
Franche-Comté	172 981	1	1 168 790	14,80
La Réunion-Mayotte	188 869	1	821 168	23,00
Auvergne	193 501	1	1 343 760	14,40
Champagne-Ardenne	227 157	1	1 336 217	17,00
Basse-Normandie	239 719	1	1 470 669	16,30
Poitou-Charentes	250 420	1	1 763 521	14,20
Bourgogne	254 314	1	1 640 733	15,50
Haute-Normandie	278 088	1	1 829 525	15,20
Alsace	328 742	1	1 846 865	17,80
Picardie	338 111	1	1 910 234	17,70
Languedoc-Roussillon	370 349	1	2 608 095	14,20
Bretagne	387 111	1	3 173 044	12,20
Midi-Pyrénées	389 773	1	2 865 975	13,60
Lorraine	413 316	2	2 348 384	17,60
Aquitaine	438 772	2	3 202 717	13,70
Centre	449 405	2	2 539 010	17,70
Pays de la Loire	470 558	2	3 538 033	13,30
Provence - Alpes - Côte d'Azur	565 576	2	4 918 050	11,50
Rhône-Alpes	733 650	2	6 165 126	11,90
Nord - Pas-de-Calais	825 196	3	4 025 344	20,50
Île-de-France	1 548 309	4	11 729 613	13,20
Total	9 426 785	37	64 322 785	

(*) Source : enquête Obépi 2009 (hors DOM).
(**) Source : INSEE – Recensement de la population 2009.

Répartition des centres spécialisés sur le territoire en fonction de la population obèse par région

< 400 000 personnes	1 centre spécialisé
Entre 400 000 et 800 000 personnes	2 centres spécialisés
Entre 800 000 et 1 200 000 personnes	3 centres spécialisés
> 1 200 000 personnes	4 centres spécialisés