

# MANIFESTE

→ 12 PROPOSITIONS CLÉS  
pour faire progresser  
la prise en charge de l'obésité.



PROPOSITION

N°1



Double labellisation  
des Centres d'excellence.

## Contexte

- La labellisation des Centres d'excellence par la SOFFCOMM (Société savante de la chirurgie de l'obésité), a permis d'édicter des critères de qualité permettant aux patients et à leur association d'accéder à un choix éclairé.
- Une double labellisation de ces centres par des autorités de santé serait utile et complémentaire ; labellisation qui pourrait être fondée, notamment, sur des critères qualitatifs (types d'interventions pratiquées dans chaque centre) et quantitatifs (nombre d'interventions, tous types confondus)
- Cette double labellisation permettrait un contrôle ordinal sur les allégations de labellisation des Centres pratiquant ce type de chirurgie.

## Proposition

- Création d'une double labellisation, par la SOFFCOMM et des autorités de santé, accordée sur demande des Centres pratiquant ce type de chirurgie.

NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°2



Mise en place de réunions  
de concertation pluridisciplinaire  
et déclaration de ces dernières.

## Contexte

- Une prise en charge de qualité en inter-professionnalité nécessite la mise en place de RCP (réunions de concertation pluridisciplinaire et même pluri-professionnelle) dédiées à l'obésité.
- Ces RCP doivent être reconnues par les autorités de santé et les fiches individuelles / patients de RCP doivent comporter les critères reconnus et édictés par la HAS.
- La qualité d'un Centre labellisé repose en grande partie sur les titres des membres de l'équipe, ainsi que sur l'importance quantitative des membres de l'équipe.

## Proposition

- Déclaration obligatoire de la liste nominative de tous les membres titulaires de chaque RCP obésité, avec leurs titres et compétences, auprès de l'ARS concernée.

NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°3



Soins dérogatoires  
ROSP médecin.

## Contexte

- Il paraît utile et nécessaire de valoriser, au profit des patients, les équipes pluri-professionnelles formées, labellisées doublement, lorsqu'elles travaillent en coordination avec un outil informatique agréé et qu'elles organisent des RCP reconnues.
- L'organisation de parcours de soins pluri-professionnels de qualité se heurte en effet souvent à la non prise en charge des soins diététiques et psychologiques. Cela se traduit souvent également par une unique consultation de ces professionnels, afin d'obtenir une attestation pré-requise à une chirurgie bariatrique, plus qu'à une véritable prise en charge de qualité. Le risque est alors d'obtenir un discours « plaqué » du patient au cours de ces consultations, dans le seul but de se faire opérer.
- Une des qualités des équipes pluri-professionnelles formées est leur capacité à organiser des consultations avancées, en particulier dans les zones sous-dotées médicalement.
- Ces consultations peuvent, par exemple, être organisées au sein de MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaire) ou au sein de MDO (Maisons de l'Obésité).

## Proposition

- Prise en charge, à titre dérogatoire, pour les patients s'adressant à des centres d'excellence doublement labellisés, des soins paramédicaux (diététiques, psychologiques).

NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°4



Autorisation des hospitalisations de jours pour les patients obèses. Prise en charge ambulatoire.

## Contexte

- Dans un contexte général dit de « virage ambulatoire », il nous paraît intéressant que les ARS favorisent les autorisations d'HDJ (hospitalisation de jour) dans les Centres labellisés, afin de permettre aux patients d'accéder, dans de bonnes conditions, au sein d'équipes formées, à l'ensemble des soins spécialisés, particulièrement lors de bilans préopératoires ou lors de bilans d'obésité.

## Proposition

- Favoriser les autorisations (délivrées par les ARS) d'HDJ (hospitalisation de jour) dans les Centres labellisés permettant une prise en charge de proximité de qualité.

NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°5



Intégrer l'obésité dans les affections hors liste, au sens des articles L322 -3-4 du code de la Sécurité Sociale.

## Contexte

- La chirurgie bariatrique est reconnue par de nombreuses spécialités médicales et/ou chirurgicales comme une réponse rapide et efficace pour permettre une perte de poids massive, et faciliter une prise en charge de comorbidités qui peuvent elles-mêmes mettre en jeu le pronostic vital du patient.
- Il en est ainsi de certaines greffes d'organes, de prises en charges cardiologiques, de PMA (Procréations Médicalement Assistées), par exemple.
- La définition des affections hors liste selon les articles L322-3-4 du code de la Sécurité Sociale répond, à notre avis, parfaitement à la situation des patients qui entrent dans un parcours de chirurgie bariatrique, tant en ce qui concerne la gravité de l'état de santé qu'en ce qui concerne l'évolutivité, le caractère invalidant et l'importance du coût de la thérapeutique.

## Proposition

- Prise en charge, au titre d'une ALD (affection longue durée) hors liste, de la période de préparation jusqu'à la stabilisation du poids après chirurgie bariatrique.

NOS PARTENAIRES



## PROPOSITION

# N°6



Mise en place d'une consultation annuelle de suivi des patients obèses à vie, et documentation/ archivage des données.

## Contexte

- Tous les acteurs concernés par la prise en charge de l'obésité sont d'accord pour dire que le suivi post-chirurgical à vie des patients est une question majeure de santé publique.

## Propositions

- Valoriser, en la majorant, une consultation médicale et/ ou chirurgicale dédiée et réalisée par le médecin traitant ou un médecin correspondant spécialiste.
- Cette consultation sera formalisée par la rédaction d'un courrier standardisé annuel (poids, IMC, complications éventuelles, reprises chirurgicales, carences éventuelles, chirurgie réparatrice, supplément alimentaire vitaminique...etc.), adressé par le praticien rédacteur au CSO et à l'équipe chirurgicale référente du patient, afin que ceux-ci puissent actualiser et pérenniser leur data.
- Le courrier pourra être adressé par voie électronique via les MMS (Messageries Sécurisées de Santé) afin de faciliter son archivage dans les logiciels agréés par le centre référent récepteur et le CSO.

## NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°7



Développement de  
l'interdisciplinarité  
Médecine/ Chirurgie.

## Contexte

- Il faut décloisonner les offres de soins concernant l'obésité afin de faire disparaître les éventuelles oppositions entre prises en charge médicales et chirurgicales.
- En effet, une des conséquences du manque de communication entre ces offres se manifeste par la réaction de certains adolescents obèses et de leur famille qui, lorsqu'ils sont pris en charge au sein de REPOPOP (réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique) déclarent « attendre l'âge de 18 ans pour avoir le droit de se faire opérer ». Ainsi, ils considèrent que la chirurgie est la solution de facilité, garante d'une guérison certaine et définitive.
- Dans certaines équipes chirurgicales, bien que n'opérant pas dans des équipes intégrées spécifiquement dédiées à la prise en charge des adolescents, des chirurgiens se sont formés spontanément et individuellement à la connaissance de l'obésité pédiatrique via des DIU spécifiques.
- En effet, étant sollicités de plus en plus souvent par des familles d'adolescents ou des adolescents eux-mêmes, il leur a paru important d'être formés par leurs confrères pédiatres afin de pouvoir donner une information éclairée lors de ces consultations spontanées.

## Proposition

- Favoriser l'intégration de chirurgiens bariatriques au sein des REPOP, formés à la reconnaissance de la prise en charge médicale de l'obésité pédiatrique, afin qu'ils puissent devenir une véritable ressource et délivrer une information éclairée et adaptée aux adolescents et à leur famille lorsque ceux-ci en font la demande.

NOS PARTENAIRES





## PROPOSITION

# N°8



Mise en place d'un parcours  
d'Éducation Thérapeutique du  
patient obèse autorisé par les ARS.

## Contexte

- La mise en place de parcours d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en parallèle du parcours de soins est une priorité pour une prise en charge pérenne de cette maladie chronique qu'est l'obésité.
- Il est indispensable que tous les professionnels réunis et travaillant en interdisciplinarité dans ces parcours aient la culture de l'ETP, afin que le patient acquière un certain degré d'autonomie responsable, vis-à-vis de sa maladie et de sa prise en charge, tout au long de sa vie.
- Les cadres associatifs formés à l'ETP doivent être intégrés à l'ensemble du parcours, depuis l'écriture du programme, lors du diagnostic éducatif et jusqu'à l'évaluation. Les professionnels de santé doivent, quant à eux, acquérir une culture du travail collaboratif avec ces cadres associatifs formés.

## Propositions

- Favoriser la mise en place de programme ETP autorisés par les ARS.
- Mettre en place des financements fléchés pour former aux 40 heures ETP les paramédicaux à la prise en charge des patients obèses, mais non éligibles au DPC.
- Possibilités de financement de formation, pour les cadres associatifs, aux 40 heures d'ETP.

## NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°9



Intégrer davantage les associations de patients au sein des maisons de l'obésité.

## Contexte

- Les associations de patients peuvent occuper un rôle très important dans l'accompagnement. Il est ainsi possible de valoriser leur place au sein des équipes pluridisciplinaires labellisées. Pour cela, il faut que ces associations disposent de cadres associatifs formés (patients experts, formation aux 40 heures, ETP, formation à la gestion d'appels téléphoniques ...). Ces cadres associatifs doivent être acteurs et partenaires des parcours nutrition mis en place par les ARS.
- Le CNAO (Collectif National d'Associations d'Obèses) a publié en mai 2016, en partenariat avec la SOFFCOM et l'Académie Nationale de Chirurgie, un livre blanc sur la chirurgie de l'obésité et son suivi postopératoire, où elle préconise la création de Maisons Territoriales de l'Obésité. Ces dernières permettraient un meilleur accès aux soins de proximité et favoriseraient la coordination des parcours de prise en charge des patients. C'est en ce sens que la première MDO (Maison de l'Obésité) a été créée en 2017 à Nevers en Bourgogne.

## Proposition

- Possibilité de financement par les ARS de postes de coordination au sein de ces MDO (Maisons de l'Obésité) afin de favoriser le lien entre les patients et les équipes de soins pluridisciplinaires. Ceci favorisant l'inclusion des patients dans des parcours d'ETP et le suivi documenté des patients à long terme.

NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

# N°10



Possibilité de prescription de séances d'Activité Physique Adaptée prises en charge.

## Contexte

- La possibilité récente de prescription médicale de séances d'Activité Physique Adaptée (APA) réservée aux patients atteints de certaines maladies chroniques est une avancée importante, particulièrement en termes de prévention secondaire.
- Le champ de prescription est actuellement limité à des pathologies prises en charge au titre d'une ALD (Affectation Longue Durée) dont certaines sont des comorbidités induites ou favorisées par l'obésité.
- Les patients atteints d'obésité mais non encore atteints par ces comorbidités qui relèvent d'une ALD sont actuellement exclus du champ de prescription.

## Proposition

- Possibilité de prescription médicale de séances d'Activité Physique Adaptée, prises en charge par l'Assurance Maladie, au titre de l'obésité sévère.

NOS PARTENAIRES



PROPOSITION

N°11



Dimensionnement des équipements radiologiques et prise en charge des transports dits secondaires.

## Contexte

- Les obligations d'accessibilité des structures de soins ont facilité, en particulier, celle des patients en situation d'obésité à ces dernières.  
Cependant, les associations de patients signalent encore certains points de rupture en matière d'accessibilité.  
Ainsi, un grand nombre d'équipements radiologiques (IRM, scanners, tables de radiologie et d'échographie) ne sont pas encore dimensionnés pour les patients obèses, ce qui crée une inégalité dans l'accès et dans la qualité des soins, y compris en situation d'urgence vitale.
- Les SAMU/ SMUR/ Centres 15 ont désormais, pour la plupart, des moyens/ressources pouvant être sollicités en cas de nécessité d'hospitalisation de patients obèses.  
Cependant, les transports dits « secondaires » permettant à des patients isolés d'être transportés de leur domicile vers des structures de type SSR spécialisés dans la nutrition ou pour des consultations ambulatoires, sont quasiment inexistantes. Si, dans de très rares cas, il existe des ambulanciers privés qui ont investi dans des matériels coûteux, ils se voient dans l'obligation de demander une participation financière supplémentaire importante au patient qui n'en sera pas remboursé.

## Propositions

- Obligation, pour les appareils radiologiques soumis à autorisation des ARS, d'être dimensionnés aux patients obèses lors de leur installation initiale ou de leur renouvellement.
- Mise à disposition par les CSO (Centres Spécialisés de l'Obésité) sur simple demande des patients ou de leurs associations, de la liste territoriale des équipements radiologiques adaptés.
- Obligation faite aux SAMU/SMUR/ Centres 15 de coordonner et d'organiser les transports dits « secondaires » prescrits médicalement lorsque les ambulanciers privés, sollicités directement par les patients, sont dans l'incapacité matérielle de les réaliser.
- Prise en charge financière totale de ces transports dits « secondaires » s'ils sont prescrits médicalement et, a fortiori, s'ils sont organisés/ coordonnés par un service d'urgence.

NOS PARTENAIRES



## PROPOSITION

# N°12 →

Développement d'une offre de soins en télémédecine dans les déserts médicaux pour permettre une prise en charge déployée de l'obésité sur le territoire.

## Contexte

- Nombreux sont les territoires sous-dotés médicalement, et particulièrement en offre spécifiquement formée à la prise en charge de l'obésité sévère.  
Le caractère chronophage des consultations dédiées et les difficultés multiples auxquelles sont confrontés les patients ne favorisent pas, non plus, leur prise en charge.
- Dans un contexte déjà évoqué de Centres labellisés, il paraît intéressant d'utiliser les nouvelles technologies via les outils de télémédecine (télétransmission, télé expertise, téléconférence), afin de permettre aux patients de bénéficier de soins adaptés de qualité en préopératoire (consultations, RCP, ETP ...) ou en postopératoire (suivi à long terme).
- Les consultations immédiatement préopératoires ou postopératoires restent présentes.
- Grâce à ces outils technologiques, le recueil des données de qualité (balances à impédancemétrie connectées) sera facilité et sécurisé sur des logiciels externalisés.  
Ces téléconsultations peuvent être, par exemple, réalisées dans des MDO (Maisons de l'Obésité), dans les MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaires), au sein d'ESP (Équipes de Soins Primaires) ou de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) équipées d'unités de télémédecine.
- Les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) pourraient solliciter ces Centres d'excellence doublement labellisés via les outils de télémédecine.

## Propositions

- Prise en compte prioritaire par les ARS des dossiers de télémédecine concernant l'obésité quand ils sont présentés par des équipes labellisées, ou des équipes coordonnées issues des MSP soutenues et accompagnées par des équipes labellisées.
- Intégration de centres d'excellence doublement labellisés au sein des ressources sollicitées par les PTA (Plateformes Territoriales d'Appui) pour les cas complexes d'obésité.
- Intégration dans les négociations conventionnelles en cours, portant sur la création de lettres clés spécifiques à la télémédecine, de possibilités de prise en charge financée d'actes conventionnels dans le cadre des parcours de soins des patients obèses.

## NOS PARTENAIRES

