



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2018 –

**LES "OBESITES COMPLEXES" : ESSAI DE  
DEFINITION, PRISES EN CHARGE ACTUELLES,  
ENJEUX ET PERSPECTIVES**

– Groupe n° 17 –

- **Andrieux Fanny (ED3S)**
- **Bau Elodie (EAAH)**
- **Delmas Nicolas (EDH)**
- **Djedidi Dalila (EAAH)**
- **Duclos Bruno (EDS)**
- **Flamand Gautier (ED3S)**
- **Gallaud Julien (EDH)**
- **Lemire Jemima (ED3S)**
- **Mathieu Grégoire (EDH)**
- **Sauvêtre Luc-Olivier (EDS)**

*Animatrice :*

*Mme Nathalie Gourmelon*

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Tout d'abord, nous tenons à remercier Madame Nathalie Gourmelon, coordinatrice du Centre Spécialisé de l'Obésité Paris-Centre qui a accepté de superviser ce mémoire. Les échanges fructueux que nous avons pu avoir avec elle nous ont permis d'approfondir nos hypothèses de travail et de nous approprier le sujet sous un angle nouveau. Son concours afin d'organiser les différents entretiens que nous avons mené nous a fait gagner un temps précieux.

Nous remercions ensuite toutes les personnes qui ont accepté de nous faire partager leur expérience professionnelle dans le champ des parcours de prise en charge de l'obésité. Leur retour d'expérience constitue la richesse de ce mémoire que nous espérons le plus fidèle à leur pratique.

Nous remercions enfin Madame Emmanuelle Guevara et Monsieur Christophe Le Rat pour leur investissement dans le bon déroulé de ce module interprofessionnel. Les échanges denses et constructifs que nous avons pu entretenir dans un esprit d'interfiliarité nous seront très utiles dans notre vie professionnelle future.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
CATTP	Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CIO	Centre Intégré de L'Obésité
CSO	Centre Spécialisé de l'Obésité
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques
EPSM	Etablissement public de santé mentale
FIR	Fonds d'intervention régional
GCC-CSO	Groupe de Coordination et de Concertation des CSO
HAS	Haute Autorité en Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PRS	Projet Régional de Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RÉPPOP	Réseaux de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

---

## Méthodologie

---

Ce travail relatif aux obésités complexes a débuté par la lecture des documents que nous a adressés Madame Nathalie Gourmelon, coordinatrice de notre groupe de module interprofessionnel de santé publique.

En amont de notre rencontre avec Madame Gourmelon, chaque membre du groupe a effectué des recherches par le biais d'internet ou de la bibliothèque de l'école afin d'appréhender plus globalement les obésités complexes et les problématiques qui s'y réfèrent. Ces réflexions personnelles ont ensuite été partagées lors de deux réunions de travail, entre les membres du groupe, dans le but d'avoir une approche commune du sujet et d'entamer un travail réflexif sur les différents axes que nous souhaitions aborder. C'est également lors de ces rassemblements qu'a été discutée l'organisation de ces trois semaines et demie de travail. Le cas échéant, ces rencontres ont fait l'objet d'un compte rendu écrit auprès de Madame Gourmelon.

Lors de la première journée du module interprofessionnel, nous avons pu échanger avec Madame Gourmelon. Cette première journée fût riche en enseignements, puisque notre référente nous a décrit le fonctionnement d'un Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), et nous a présenté des monographies de patients en situation dites d'*obésité complexe*. Dès lors, nous avons pu cadrer davantage le sujet puis approfondir collectivement la réflexion au regard de nos connaissances et des termes du sujet. Ce travail a permis de poser une problématique, des hypothèses puis d'élaborer une ébauche de plan.

Dès le départ, il a été clair que notre travail de recherche ne pouvait faire l'économie d'entretiens avec les acteurs du terrain. La première semaine du module s'est poursuivie par l'élaboration d'une grille d'entretien, à partir de nos hypothèses de travail, en direction des professionnels de CSO. Nous avons ensuite ciblé les différents professionnels que nous souhaitions rencontrer en fonction des disponibilités de ces derniers et de la localisation des CSO (Cf. Annexe 1).

Les deux semaines suivantes ont été consacrées à la réalisation des entretiens. Ce sont donc huit entretiens (Cf. : Annexe 2) qui ont été menés en binôme ou trinôme. Tous ceux-ci ont été semi-directifs, puisque nous souhaitions que les intervenants nous parlent librement de leur expérience. Les entretiens ont donné lieu à la rédaction de comptes rendus objectifs en fonction des différents thèmes de la grille d'entretien. Ces comptes-rendus ont permis à

tous les membres d'être au même niveau d'information et de disposer de matière dans leur travail de réflexion et de rédaction.

Dès la fin des entretiens, nous avons ajusté notre plan, qui avait été au préalable départagé, et débuté la rédaction de notre mémoire. La répartition des parties fut consensuelle et fondée sur les affinités de chacun.

Enfin, un sous-groupe a été créé afin d'harmoniser les différentes parties et de procéder aux corrections nécessaires, tant sur le fond que sur la forme, avant une relecture finale.

Nous regrettons de ne pas avoir eu l'opportunité de rencontrer des usagers, premiers concernés par les parcours, à cause de la durée limitée du module interprofessionnel.

Concernant la dynamique de groupe, il a été nécessaire de nous coordonner et d'utiliser les bons outils de communication puisqu'une partie du travail s'effectuait à distance. Au-delà, travailler en inter-filiarité fut une réelle richesse notamment sur un sujet tel que le nôtre, au carrefour des secteurs sanitaire, social et médico-social. En dernier lieu, les parcours des membres du groupe, personnels et professionnels, ont apporté une valeur ajoutée et ont participé amplement aux échanges constructifs qui ont permis d'aboutir à ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : L'OBESITE, MALADIE COMPLEXE : ANALYSE D'UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE .....</b>	<b>3</b>
<b>1 L'obésité est une maladie multifactorielle dont l'augmentation de la prévalence constitue un problème de santé publique majeur et mondial.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Définition et épidémiologie de l'obésité.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 L'obésité, une pathologie complexe aux multiples déterminants.....</b>	<b>4</b>
1.2.1 Les déterminants biologiques de l'obésité .....	4
1.2.2 Les déterminants environnementaux de l'obésité .....	5
1.2.3 Les déterminants socio-économiques de l'obésité .....	5
<b>2 La prise en charge de l'obésité a été structurée récemment et demeure essentiellement médicalisée.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 La structuration de l'offre de soins .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Les résultats mitigés de l'approche exclusivement médicalisée .....	6
2.1.2 Plan obésité 2010 – 2013 : la structuration d'un réseau de recours régional de prise en charge de l'obésité.....	8
<b>2.2 La dynamique structurante des CSO face à la complexité de la pathologie nutritionnelle .....</b>	<b>10</b>
<b>CHAPITRE II : L'OBESITE COMPLEXE, UNE DEFINITION DIFFICILE ET UNE PRISE EN CHARGE EXIGEANTE .....</b>	<b>11</b>
<b>1 La notion d'obésité complexe est entourée d'un flou médical et juridique .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 L'absence de consensus formel en matière d'obésité complexe .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Une définition casuistique à parfaire .....</b>	<b>12</b>
<b>2 Une politique nationale ambitieuse mais à la portée limitée.....</b>	<b>13</b>
2.1 Des financements en inadéquation avec les besoins de prise en charge .....	14
2.2 Comment ménager une place à la médecine de ville ? .....	15
<b>3 La coordination des acteurs reste à optimiser.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 La coordination des acteurs, une mission dévolue aux CSO .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Les acteurs du maillage territorial .....</b>	<b>16</b>
3.2.1 L'intérêt d'une coordination efficace des acteurs .....	16

3.2.2 *L'absence de coordination des acteurs*..... 16

**4 La chirurgie bariatrique demeure une réponse essentielle dans le parcours de prise en charge de l'obésité** ..... 18

**4.1 Panorama de la chirurgie bariatrique en France**..... 18

**4.2 Les échecs de la prise en charge opératoire des obésités**..... 20

**CHAPITRE III : UNE EVOLUTION DES OUTILS ET DES PRISES EN CHARGE POUR S'ADAPTER AUX OBESITES COMPLEXES** ..... 11

**1 L'optimisation de la prise en charge des patients appelle à une gradation partagée de la complexité par les CSO et au développement des liens étroits avec les structures extrahospitalières**..... 22

**2 La prise en charge de l'obésité complexe nécessite le développement d'un réel maillage territorial autour des CSO/CIO**..... 26

**3 Prévenir en amont les obésités complexes** ..... 2

**CONCLUSION** ..... 31

**BIBLIOGRAPHIE** ..... 33

**LISTE DES ANNEXES** .....I

# Introduction

Selon une étude de la Direction générale du Trésor publiée en 2016, le coût social de la surcharge pondérale représenterait plus de 20 milliards d'euros (1% du PIB), un montant comparable à celui du tabac<sup>1</sup>. Contrairement au tabac dont la consommation est en diminution, l'augmentation de la prévalence des cas d'obésité (de 8% à 15% de la population entre 1997 et 2009<sup>2</sup>) paraît révéler à la fois les lacunes de l'action en amont et les difficultés de la réponse en aval.

Évoquer l'obésité revient d'emblée à relever son caractère pluriel. Il n'existe pas une obésité, et encore moins une réponse à l'obésité, mais il existe bien différents types d'obésités et des réponses adaptées à chaque patient. L'obésité elle-même est parfois réduite à une maladie qu'il convient de traiter au plus vite, y compris par les voies chirurgicales, sans poser la question à plus long terme des besoins réels du patient et des problématiques auxquels il peut être confronté par la suite.

Parmi ces catégories, une, en particulier, justifie une analyse spécifique, celle des « obésités complexes ». Sans bénéficier d'une définition unanime, ces obésités reposent sur une multiplicité de déterminants. Cette diversité d'origines rend presque impossible alors la mise en place d'une acception commune qui fasse consensus et sur laquelle le système de santé pourrait proposer une réponse unique.

Cette variété de cas et les possibles comorbidités associées appellent non seulement à un traitement différencié pour chaque patient, mais nécessitent des soins à plusieurs niveaux. Plus particulièrement, l'une des problématiques que rencontrent les professionnels de santé dans le traitement de l'obésité multifactorielle est la nécessité d'offrir une réponse pluridisciplinaire individualisée. A cela, il convient d'ajouter que quelque soit le mode de prise en charge, cette pathologie justifie un suivi sur le long terme. Faute de structuration poussée et de formation adéquate, la médecine de ville n'est souvent pas en mesure de traiter les obésités complexes.

Justement, les pouvoirs publics avaient tâché de prendre la mesure du défi. Suite au Plan Obésité 2010-2013, une offre de soins spécifique devait se structurer autour de centres dédiés à cette thématique, les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) et les Centres intégrés de l'obésité (CIO). Ces centres devaient avoir un rôle pilote dans l'organisation des soins sur le territoire, tout en constituant l'un des points d'appui dans le traitement des patients.

---

<sup>1</sup> Direction Générale du Trésor, Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?, 6 septembre 2016, Trésor-Eco n°179

<sup>2</sup> Obépi : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012, Laboratoire Roche



Pour autant, examiner le fonctionnement d'une politique publique doit aussi se faire à l'aune des moyens accordés. Même au sein du secteur de la santé, la question du juste financement constitue une donnée à ne pas négliger. Elle peut constituer un frein ou un levier puissant dans la mise en œuvre et le déploiement de plans nationaux sur les territoires.

Si les CSO/CIO se sont rapidement affirmés comme un dispositif incontournable dans la prise en charge de ces patients, l'organisation des soins reste encore trop dirigée vers ces centres d'expertise.

**Dans quelle mesure le parcours de soins proposés par les CSO apporte-il une réponse pertinente à la prise en charge des personnes en situation d'obésité complexe ?**

Si l'obésité est une maladie multifactorielle dont l'augmentation de la prévalence constitue un problème de santé publique majeur (I), sa prise en charge a été structurée récemment et demeure essentiellement médicalisée (II). Une optimisation de la prise en charge passe nécessairement par une adaptation des réponses médicales et des dispositifs financiers aux spécificités des obésités complexes ainsi que par l'organisation d'une filière coordonnée autour des CSO/CIO (III).

# Chapitre I : L'obésité, maladie complexe : analyse d'un problème de santé publique

## 1 L'obésité est une maladie multifactorielle dont l'augmentation de la prévalence constitue un problème de santé publique majeur et mondial

### 1.1 Définition et épidémiologie de l'obésité

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que « le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé ».

La définition de l'obésité au sens de l'OMS repose sur la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci correspond au rapport du poids de la personne (en kg) sur le carré de sa taille (en m). Il constitue un indicateur de référence d'abord aisé qui permet de définir un seuil de charge pondérale en fonction de la stature des individus. (Cf. : Figure 1). Un adulte sera considéré en surpoids dès lors que son IMC sera supérieur ou égal à 25 et obèse dès un IMC de 30<sup>3</sup>.

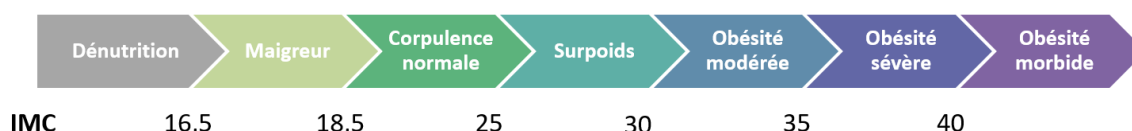


Figure 1 : Echelle de correspondance IMC - Corpulence

Si le simple surpoids n'est pas en tant que tel une maladie, l'obésité aboutit à une inflammation chronique<sup>4</sup>. Des recherches font l'hypothèse qu'elle pourrait être le facteur déclenchant de nombreuses pathologies associées telles que le diabète de type II<sup>5</sup>, l'asthme<sup>6</sup> ou encore certains cancers<sup>7</sup>. La surcharge pondérale est également la cause de syndromes d'apnée du sommeil, de maladies cardiovasculaires, de contraintes articulaires et d'incapacités qui peuvent entraver les aptitudes physiques et sociales ; ainsi l'obésité peut aboutir à des incapacités, une désinsertion sociale et un handicap.

<sup>3</sup> OMS, Thèmes de santé : Obésité, [www.who.int/topics/obesity](http://www.who.int/topics/obesity)

<sup>4</sup> Stienstra R et al., « PPARs, Obesity, and Inflammation », *PPAR Res*, 2007, 2007, p. 95974

<sup>5</sup> Wellen KE. & Hotamisligil GS., « Inflammation, stress, and diabetes. », *J Clin Invest*, 115(5), 2005, p. 1111-9

<sup>6</sup> Mannino DM. et al., « Boys with high body masses have an increased risk of developing asthma: findings from the National Longitudinal Survey of Youth (NLSY). », *Int J Obes*, 30(1), 2006, p. 6-13

<sup>7</sup> Calle E. & Kaaks R., « Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms », *Nature Reviews Cancer*, 4, 2004, p. 579-591

Selon l'OMS, le nombre de cas d'obésité a presque triplé depuis 1975. En 2016, 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids, dont 650 millions étaient obèses. Pour les enfants, le nombre d'obèses est passé de 31 millions en 1990, à 41 millions en 2016. D'ici 2025, les projections de l'OMS avancent le chiffre de 75 millions d'enfants obèses dans le monde<sup>8</sup>.

En France, une étude de cohorte<sup>9</sup> a démontré que le surpoids et l'obésité se stabilisent<sup>10</sup> mais concernent près de la moitié de la population avec les prévalences suivantes :

	Hommes	Femmes
Surpoids	41%	25,3%
Obésité	15,8%	15,6%

Tableau 1 : Prévalence du surpoids et de l'obésité en France en 2016

Malgré l'intrication des facteurs causaux et des comorbidités qui rendent difficile une quantification précise, on estime aujourd'hui que le surpoids et l'obésité font davantage de morts dans la population que l'insuffisance pondérale. La pandémie de surpoids et d'obésité seraient le cinquième facteur de risque de décès au niveau mondial, représentant *a minima* 2,8 millions de décès par an<sup>11</sup>, ce qui témoigne d'un problème de santé publique majeur.

## 1.2 L'obésité, une pathologie complexe aux multiples déterminants

L'obésité constitue une pathologie à l'étiologie complexe où les prédispositions génétiques, l'influence de l'environnement et les facteurs socio-économiques sont largement intriqués.

### 1.2.1 Les déterminants biologiques de l'obésité

Dès le dix-neuvième siècle, les scientifiques ont émis l'hypothèse de déterminants individuels ou hérités à l'obésité<sup>12</sup>. Aujourd'hui, les études génétiques ont identifié plus de 70 gènes ayant une influence sur notre destin pondéral (gènes de régulation du métabolisme ou du comportement alimentaire notamment). Il convient cependant de rester prudent car les prédispositions sont vraisemblablement multifactorielles<sup>13</sup>.

<sup>8</sup> OMS, Global Health Observatory data repository, [www.who.int/gho/database/fr/](http://www.who.int/gho/database/fr/)

<sup>9</sup> Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte CONSTANCES, BEH du 25 octobre 2016.

<sup>10</sup> Obépi : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012, Laboratoire Roche

<sup>11</sup> OMS, Obésité et surpoids, Aide-mémoire n°311, [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)

<sup>12</sup> Neel, J.-V., Diabetes mellitus a 'thrifty' genotype rendered detrimental by 'progress'?. 1962, *Am. J. Hum. Genet.*, 14, p352-3

<sup>13</sup> Xia Q. & Grant SF., The genetics of human obesity, 2013, *Ann. NY Acad Sci.*, 1281, p178-90

Il faut toutefois accorder une attention particulière aux obésités syndromiques ou génétiques dans le sens où elles sont exclusivement corrélées à une seule mutation ou groupe de mutations. Il s'agit généralement d'obésités massives, se manifestant dès le plus jeune âge et s'accompagnant d'autres manifestations parmi lesquelles peuvent survenir : un retard mental, une hyperphagie ou des anomalies du développement. Parmi ces obésités génétiques que l'on pourrait qualifier de « vraies », nous pouvons citer les syndromes de Prader-Willy, Bardet Biedl ou Alström qui sont des maladies génétiques rares devant être diagnostiquées et prises en charge dans des centres spécialisés<sup>14</sup>.

### **1.2.2 Les déterminants environnementaux de l'obésité**

Au-delà des aspects purement génétiques, d'autres facteurs tels que le stress, l'exposition à certains microorganismes et surtout la physiologie du microbiote intestinal pourraient avoir une influence sur le surpoids et l'obésité. Certains médicaments comme les antidépresseurs ont également une influence négative sur la régulation de la masse grasse et peuvent donc devenir des facteurs aggravants de la pathologie pondérale<sup>15</sup>.

Néanmoins, la principale cause de l'obésité demeure un déséquilibre entre les apports caloriques et la dépense énergétique. Ce déséquilibre aboutit au stockage de l'énergie excédentaire sous forme de tissu graisseux. Dans le cas de l'obésité, cette masse grasse devient trop importante, représentant au moins 40% de la composition corporelle au lieu de 25% pour une personne de corpulence normale<sup>16</sup>.

L'obésité est représentative d'une « maladie de l'adaptation aux récentes évolutions des modes de vie »<sup>17</sup>. La diminution de la pauvreté et l'expansion des aliments transformés ont facilité l'accès à une nourriture bon marché et réconfortante néanmoins trop calorique compte-tenu de la sédentarisation des modes de vie. Cette raison avancée à l'épidémie d'obésité n'épargne pas même les anciens pays sous-développés dont la transition économique a également abouti à un accès aisé aux nourritures transformées.

### **1.2.3 Les déterminants socio-économiques de l'obésité**

Le statut socio-économique est défini par de multiples critères, l'éducation, la profession, le niveau de revenus, le statut marital qui peuvent être combinés entre eux. On note de façon générale une relation négative entre statut socio-économique et obésité ; plus

---

<sup>14</sup> Geets E. *et al.*, Clinical, molecular genetics and therapeutic aspects of syndromic obesity, 24/04/2018, Clin. Genet.

<sup>15</sup> INSERM, Information en santé, Dossiers d'information, Obésité, [www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite](http://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite)

<sup>16</sup> Bergman RL. *et al.*, A better index of body adiposity, 2011, Obesity, 19(5), p1083-9

<sup>17</sup> INSERM, Information en santé, *op. cit.*

celui-ci est élevé, plus le taux de personnes obèses dans la population considérée est faible<sup>18,19</sup>.

Toutefois, la contrainte économique ne saurait expliquer certaines situations qui dénotent plutôt une capacité à se saisir des messages de prévention et à assurer une diffusion sociale des goûts. Les normes sociétales sont également des facteurs pointés par les sociologues quant à leur influence sur l'obésité<sup>20</sup> : le sexe de la personne comme le lieu de résidence ont une incidence sur la prévalence de l'obésité.

Il existe donc une sociologie de l'obésité qui explique les gradients sociaux ainsi que les différences régionales dans la prévalence de la pathologie. Ainsi en France la prévalence de l'obésité est la plus élevée dans le Nord et dans l'Est tandis que la région Midi-Pyrénées et la Côte d'azur affiche les taux les plus bas (Cf. Annexe 3).

De plus la pathologie aura dans un effet de second tour une influence sur les trajectoires sociales conduisant à un autoentretien des facteurs étiologiques. L'obésité peut en effet devenir en elle-même le déterminant d'une trajectoire socio-économique défavorable<sup>21</sup>.

L'initiation d'une trajectoire de poids ascendante peut également résulter d'un traumatisme tel qu'un viol ou une agression<sup>22</sup>.

## **2 La prise en charge de l'obésité a été structurée récemment et demeure essentiellement médicalisée**

L'obésité est une maladie d'étiologie multiple dont la prévalence sur le territoire est inégale. Elle implique donc de structurer les prises en charges autour d'une approche globale mobilisant des ressources médicales, psychologiques, sociales et éducatives.

### **2.1 La structuration de l'offre de soins**

#### **2.1.1 Les résultats mitigés de l'approche exclusivement médicalisée**

Historiquement, les prises en charges médicales étaient centrées sur la restriction et la rééducation alimentaire ainsi que le traitement des comorbidités associés à la surcharge pondérale. Mais devant l'augmentation de la prévalence de l'obésité, les pouvoirs publics

---

<sup>18</sup> Louis Perusse, Génétique de l'obésité *in* Encyclopédie Médico-chirurgicale, 2004, 10-506-C-10

<sup>19</sup> Ministère de l'agriculture, Centre d'études et de prospective, Les différences sociales en matière d'alimentation, 2013, Analyse, 64.

<sup>20</sup> INSEE, L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, 2007, INSEE Première

<sup>21</sup> Goffman E., Stigmates, les usages sociaux des handicaps, 1975, Editions de Minuit

<sup>22</sup> Entretien avec le responsable médical du CSO Haute-Normandie, 19 mars 2018

ont cherché à mieux encadrer les pratiques. Des recommandations ont été édictées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) dès 1998 et les spécialistes français de médecine de l'obésité ont publié le premier traité francophone sur le sujet en 2004<sup>23</sup>.

Il convient également de souligner l'évolution des techniques chirurgicales en matière de chirurgie bariatrique. Dès la fin des années 1980, la technique de l'anneau gastrique permet grâce à un dispositif médical implantable de réduire artificiellement le volume de l'estomac et ainsi de rationner la prise alimentaire des patients obèses. Cette technique peu invasive est uniquement mécanique et réversible. Toutefois, elle est en nette diminution (4%) car elle entraîne des complications à long terme telles que des dilatations de l'estomac, des migrations de l'anneau et un confort de vie difficile du aux difficultés alimentaires, (elle ne supprime pas la sensation de faim).

Les progrès de la chirurgie ont ensuite abouti à la mise en place de méthodes irréversibles ayant pour objet soit de réduire le volume gastrique (*sleeve* gastrectomie) soit de provoquer une malabsorption intestinale du bol alimentaire (*bypass gastrique* ou *dérivation biliopancréatique*).

- La *sleeve* gastrectomie (technique restrictive) consiste à une ablation longitudinale de deux tiers de l'estomac et de la partie contenant les cellules qui secrètent l'hormone ghréline qui stimule l'appétit. L'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin.
- Le *bypass* gastrique (technique restrictive et mal absorbative) permet de diminuer à la fois la quantité d'aliments ingérés et l'assimilation de ces aliments par l'organisme : la taille de l'estomac est réduite à une petite poche et il est réalisé un court-circuit d'une partie de l'estomac et de l'intestin. Les aliments vont directement dans la partie moyenne de l'intestin grêle et sont donc assimilés en moindres quantités.

Toutefois, il est apparu nécessaire d'édicter des bonnes pratiques de la chirurgie bariatrique dans la mesure où des déviations par rapport aux standards de recours ont pu être observées ou supposées ; les patients pouvaient être mal suivis en amont ou en aval de l'opération, les critères d'inclusion des patients étaient flous. En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a ainsi émis des recommandations<sup>24</sup> qui permettent de justifier et de favoriser le succès de la chirurgie bariatrique, qui constitue une méthode d'intérêt pour observer aboutir à des pertes de poids significatives.

---

<sup>23</sup> Basdevant A. & Guy-Grand B., Traité de Médecine de l'Obésité, 2004, Lavoisier

<sup>24</sup> HAS, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009

Cependant, la prise en charge médicale de l'obésité demeure souvent marquée par des échecs thérapeutiques qui résultent d'objectifs de perte de poids irréalistes, de régimes trop restrictifs ou d'une absence de réponses aux demandes des patients dont la motivation n'est pas toujours soutenue dans le temps<sup>25</sup>. De plus, le premier Programme National Nutrition Santé en 2001 (PNNS) qui avait pour but « d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition »<sup>26</sup> n'a pas réussi à infléchir la progression de la prévalence de l'obésité.

Face à ce constat en demi-teinte, il est donc apparu nécessaire de mieux structurer l'offre de soin, mais également de mieux organiser les prises en charges autour des patients obèses, notamment de nouvelles compétences indispensables permettant de traiter ce problème de santé publique majeur dans toutes ses dimensions.

### **2.1.2 Plan obésité 2010 – 2013 : la structuration d'un réseau de recours régional de prise en charge de l'obésité**

Face au défi représenté par l'épidémie grandissante d'obésité, les pouvoirs publics ont mis en place différents plans d'action dont le premier fut le Plan Obésité 2010-2013<sup>27</sup>. Dans son volet offre de soins, piloté par la Direction générale de l'offre de soin (DGOS), le plan avait pour ambition d'être structurant dans la prise en charge des personnes obèses afin de faire face aux conséquences médicales, d'enrayer la progression de la maladie et de réduire l'exclusion sociale voire professionnelle.

Sous l'égide des ARS, cet objectif a permis l'organisation et la coordination territoriale de filières de soins incluant le médecin traitant, les spécialistes en endocrinologie, nutrition ou pédiatrie et les établissements de santé qu'ils assurent une activité médicale, chirurgicale ou de soins de suite et de réadaptation<sup>28</sup> permettant d'offrir une réponse graduée à la sévérité de l'obésité.

L'instruction du 29 juillet 2011<sup>29</sup> a permis de constituer 37 CSO dont 5 CIO (ayant une mission supplémentaire de recherche) pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et pour l'organisation des filières de soins dans les régions (Cf. : Annexe 4).

---

<sup>25</sup> La prévention et la prise en charge de l'obésité, 2005. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

<sup>26</sup> Ministère de la Santé, Programme National Nutrition-Santé 2001 - 2005

<sup>27</sup> Ministère de la Santé, Plan Obésité 2010-2013

<sup>28</sup> Organisation des filières de soin pour la prise en charge de l'obésité sévère, Ministère des solidarités et de la santé, décembre 2016

<sup>29</sup> Instruction n° DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS 3 et du plan obésité par les ARS

Afin de rendre lisible et accessible cette offre de soins, ces centres spécialisés s'inscrivent dans une logique de gradation des soins<sup>30</sup>.

Le premier niveau de recours est assuré par les professionnels médicaux de proximité comme les médecins généralistes, pédiatres, scolaires ou affiliés à la protection maternelle et infantile<sup>31</sup>.

Le deuxième niveau de recours est constitué par les spécialistes en nutrition, les chirurgiens et les établissements de santé.

Le troisième niveau de recours est activé lorsque dans le cadre d'un avis d'expert ou d'un appui spécifique, l'adressage des patients atteints d'obésité complexe est réalisé vers les CSO ou les CIO. Ils ont pour missions la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité et l'organisation de la filière de soins dans les régions.

Disposant d'une expertise dans les champs de la nutrition, de l'endocrinologie, du métabolisme, de la psychologie ou de la diététique, les CSO interviennent dans les situations les plus graves et travaillent en étroite collaboration avec les spécialités impliquées dans le traitement de recours des comorbidités (pneumologues, psychiatres, cardiologues, hépato-gastro-entérologues, spécialiste du sommeil) et sur le plan anesthésique et chirurgical. De par leur adossement hospitalier, les CSO sont également en mesure de proposer un accompagnement diététique, psychologique, social et éducatif à même d'appréhender la pathologie nutritionnelle dans toutes ses dimensions. La coordination des soins et l'éducation thérapeutique ont pour objet de décloisonner les parcours et de permettre aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge ce qui est primordial dans une pathologie où les composantes comportementales sont très importantes.

Les CSO s'inscrivent également dans une démarche d'animation et de coordination territoriale. La définition et la mise en œuvre des modalités de coordination entre les acteurs hospitaliers, libéraux et médico-sociaux implique des actions de sensibilisation, d'information, de formation, de formalisation de protocoles organisationnels et de partenariats. Le rôle des CSO consiste plus particulièrement à contribuer à la coordination des acteurs de deuxième recours ainsi que d'appui aux prises en charges (associations, soins de suite et de réadaptation, secteur médico-social).

Les CIO assurent en premier lieu les missions des CSO mais également les diagnostics et les traitements très spécialisés de certaines obésités d'origine génétiques ou rares au niveau supra régional et/ou national. Ils sont au demeurant engagés dans les domaines de la

---

<sup>30</sup> La gradation des soins dans le plan obésité, Ministère des solidarités et de la santé, décembre 2016

<sup>31</sup> Haute Autorité de Santé, Recommandations « Surpoids et obésité : repérer plus tôt et mieux prendre en charge », 6 octobre 2011



recherche et de la formation. Ils ont vocation à prendre en charge les obésités résistantes aux premiers niveaux de recours, massives ou très compliquées par l'environnement psychologique ou social. Ainsi les CSO prennent généralement en charge des obèses dont l'IMC est souvent supérieur à 40, c'est-à-dire très diminués dans leur autonomie auquel s'ajoutent souvent des problématiques d'un point de vue sociale ou psychologique.

Le financement des CSO et CIO repose sur un fléchage de crédits FIR des ARS permettant de couvrir les coûts de coordination administrative des structures. Les autres recettes des CSO sont constituées des recettes T2A des séjours en hospitalisation ou des consultations.

## **2.2 La dynamique structurante des CSO face à la complexité de la pathologie nutritionnelle**

A ce jour, les trois Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015) n'ont atteint que partiellement les objectifs fixés et ont mis en exergue les limites des stratégies de santé publique incitatives fondées exclusivement sur les déterminants individuels des comportements alimentaires et d'activité physique. Ainsi le haut conseil de la santé publique (HCSP) propose dans ses recommandations de politique nutritionnelle 2017-2021 de poursuivre non seulement les objectifs fixés dans les précédents plans mais également d'intervenir sur l'environnement social, économique et sociétal afin de lutter contre les inégalités en santé<sup>32</sup>.

Corrélativement cela implique pour les CSO de pérenniser leur approche globale et notamment sociale du traitement de l'obésité. Or, les recettes de T2A ont l'inconvénient de s'adosser à la sévérité médicale des cas d'obésité en terme de comorbidité sans envisager les actions de soins et de prise en charge périphériques. Alors que les CSO que nous avons pu rencontrer notent une aggravation des cas d'obésité pris en charge dans leurs dimensions non médicales, on peut souligner à la fois la pertinence du modèle des CSO et la fragilité de leur modèle, qui n'a pas été pensé pour faire face à des cas d'obésité hors normes, toutes composantes confondues.

Cela nous amène donc à nous interroger sur le défi posé par la multiplication de ces cas d'obésités, que l'on pourrait qualifier de complexes. Ils constituent comme une zone grise des politiques publiques au sens où les différents plans, essentiellement d'orientation sanitaire, ne les ont pas envisagés dans leur sévérité et leur multifactorialité. Il convient dès lors pour partager le constat de l'augmentation des obésités dites complexes, d'essayer d'en dessiner une définition et d'établir les forces et les faiblesses de leur prise en charge dans les CSO.

---

<sup>32</sup> Haut Conseil de la Santé Publique, Pour une politique nationale nutrition santé en France : PNNS 2017-2021, septembre 2017

# Chapitre II : L'obésité complexe, une définition difficile et une prise en charge exigeante

## 1 La notion d'obésité complexe est entourée d'un flou médical et juridique

### 1.1 L'absence de consensus formel en matière d'obésité complexe

Lors de nos recherches et de nos entretiens, nous avons pu faire le constat d'une réelle difficulté concernant la définition, médicale comme juridique, de l'obésité complexe.

Tandis que la complexité est un qualificatif désignant une difficulté causée par le rassemblement de plusieurs éléments différents, l'obésité peut être définie comme un excès de masse grasse qui entraîne des conséquences néfastes pour la santé

De plus, il est important de noter que l'obésité est également fortement liée aux facteurs environnementaux. La médecine de l'obésité complexe chez les jeunes ne peut- être déconnectée de l'approche communautaire et sociale de santé publique. C'est l'exemple même de la nécessité de lier les soins et la santé communautaire. La question se pose par exemple de l'utilité du conseil nutritionnel ou d'activité physique si l'individu ne trouve pas dans son environnement quotidien les conditions pour les mettre en œuvre, avec un accompagnement stratégique et motivationnel.

Selon l'Instruction de la DGOS du 26 janvier 2017 relative à la sélection des 5 centres spécialisés de l'obésité pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA : il n'y a pas de définition *scientifique* de l'obésité complexe ni d'ailleurs de l'obésité sévère de l'enfant. La DGOS propose ici, en tenant compte des éléments scientifiques, des recommandations de la HAS et de l'expérience actuelle, une définition *opérationnelle*.

Les enfants, les adolescents et les adultes souffrant d'obésité complexe présentent l'un ou *a fortiori* plusieurs (et c'est dans la plupart des cas une combinaison) des critères suivants :

- Excès de poids majeur : indice de masse corporelle (IMC) > 3 déviations standards score (soit 2.93 chez le garçon et 2.82 chez la fille<sup>33</sup>)
- Évolution inquiétante de la courbe de corpulence : ascension extrême et continue ;

---

<sup>33</sup> The International Obesity Task Force, Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity, juin 2012, *Pediatric Obesity*, 7(4), p284-94

- Comorbidités sévères associées au surpoids ou à l'obésité : problèmes respiratoires, articulaires, métaboliques, psychologiques ou sociaux (harcèlement en milieu scolaire)
- Antécédents d'échecs thérapeutiques ;
- Situation de fragilité (difficultés psychosociales, famille non aidante, handicap physique et/ou psychique dû à la sévérité de l'obésité, handicap physique non dû à l'obésité mais aggravé par celle-ci, pathologie psychiatrique (utilisation de psychotropes), pathologie chronique (rénale, cardiaque, osseuses, ou autres) aggravée par l'obésité, déficit cognitif, troubles du comportement, pathologie psychiatrique, obésité syndromique d'origine génétique identifiée ou non.

## 1.2 Une définition casuistique à parfaire

Bien que cette définition se retrouve dans les entretiens qui ont pu être menés avec les différents professionnels intervenant dans le parcours des personnes en situation d'obésité complexe, il apparaît qu'elle ne fait que servir de *cadre limitatif* de ce que recouvrent les obésités complexes.

Au travers de notre entretien avec la coordinatrice d'un CSO, il a été mis en avant que la problématique principale entourant ces obésités complexes concernait les comorbidités. Le propos s'est d'ailleurs précisé, notre interlocuteur nous orientant vers une définition négative des obésités complexes.

Au cours de notre entretien, la coordinatrice nous a ainsi confié qu'il n'existait pas une obésité complexe mais des obésités complexes, et que chacune d'entre elles ne pouvant avoir une définition spécifique, on pouvait entendre comme étant une situation d'obésité complexe, toute situation ne répondant au parcours prévu par le CSO : c'est un "*patient qui sort des clous*".

Cette définition négative s'appuie donc uniquement sur le problème de classification de ces cas d'obésité, et d'inadaptation du parcours prévus pour les individus concernés. Le problème s'intensifie cependant, car selon l'un de chefs de clinique d'un CSO d'Île-de-France, le nombre de cas d'obésité complexe augmente, et nécessiterait une prise en charge adaptée à chaque différence casuistique :

*"L'obésité sévère, c'est le cœur de métier. Les patients présentent de plus en plus des obésités sévères, impliquant des parcours complexes. Les patients sont très corpulents, avec des problèmes médicaux assez sérieux, et d'autres problèmes (comportementaux, sociaux). On essaie de classier ces parcours."*

Il apporte une définition de l'obésité complexe qui se rapproche de celle apportée jusqu'alors par la DGOS et par la coordinatrice d'un CSO :

*"Les parcours complexes concernent des patients en obésité sévère que seulement certains CSO peuvent prendre en charge. On assiste à une complexification de la prise en charge que les administratifs ne comprennent pas car les tableaux statistiques ou les relevés*

*d'activité ne reflètent pas cette complexité : l'indice de performance ne reflète pas les moyens engagés".*

Ainsi, l'obésité complexe est celle qui ne permet pas de laisser l'individu dans le parcours de soins prévu par le système actuel, dans les CSO comme en dehors, du fait d'un certain nombre d'éléments tenant à l'individu concerné, entrant en contradiction avec la prise en charge habituellement réalisée en matière de traitement de l'obésité.

## **2 Une politique nationale ambitieuse mais à la portée limitée**

Lancé en juin 2010, le Plan Obésité<sup>34</sup> a engagé une politique d'amélioration des soins et d'impulsion de la recherche pour lutter contre la progression de l'obésité. Le volet offre de soins du plan obésité se proposait de mettre en œuvre une série d'actions visant à améliorer l'organisation et la qualité des prises en charge en prenant en compte la gradation des soins, le maillage territorial et les questions d'accès aux soins. Ce plan national s'est terminé en 2013, laissant plusieurs actions inachevées voire restant à engager.

Depuis 2013, une dotation de 70 000€ est déléguée à chaque CSO pour assumer les missions de prévention, d'animation et de coordination des acteurs du territoire (comme le prévoit l'instruction ministérielle créant les CSO).

### **➤ Le groupement de concertation et de coordination des CSO : GCC-CSO**

Le GCC CSO est « *un groupe de travail transdisciplinaire et pluri professionnel* », présidé par le Pr Ziegler, fonctionnant en interface avec deux sociétés savantes : l'AFERO<sup>35</sup> et la SOFFCO-MM<sup>36</sup>.

Le GCC-CSO est depuis avril 2014 le porte-parole des CSO et l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics. Il anime le réseau des CSO, en lien avec la DGOS. Son rôle d'interface scientifique et organisationnelle est essentiel. Il organise notamment un séminaire annuel qui permet de nombreux échanges d'expériences et de pratiques et renforce les démarches de recherche, notamment par la structuration du réseau FORCE<sup>37</sup>, dont le rôle est de développer et de mettre en place des traitements innovants dans le domaine de l'obésité.

---

<sup>34</sup> Plan Obésité 2010 – 2013, *op. cit.*

<sup>35</sup> Association Française d'Etude et Recherche sur l'Obésité

<sup>36</sup> Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques

<sup>37</sup> French Obesity Research Center of Excellence

## ➤ **L'expérimentation OBEPEDIA**

Elle vise à mettre en place des parcours de soins médicaux adaptés pour les enfants et adolescents présentant une obésité sévère. La prise en charge spécifique de cette pathologie, concerne environ 500 000 enfants et adolescents dont 100 000 en obésité sévère (Cf. : Annexe 5) selon les estimations du GCC-CSO. Ce projet concerne 6 CSO<sup>38</sup> désignés à la suite d'une instruction de la DGOS du 26 janvier 2016.

Selon le communiqué de presse de la DGOS publié en août 2017, « les 6 CSO – dont les équipes seront renforcées – organiseront et coordonneront leurs filières de prise en charge. Les professionnels seront présents autour de l'enfant/adolescent et de sa famille pour impulser et soutenir la mise en place des stratégies de changement de comportement. Pour cela, ils pourront s'appuyer sur des structures existantes telles que les réseaux territoriaux multithématiques, les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité (RéPPOP) et les plateformes territoriales d'appui (PTA) ».

L'enjeu principal est de modéliser, sur le plan organisationnel et financier (Cf. : Annexe 6) et d'évaluer le parcours obésité pédiatrique sévère depuis le CSO jusqu'au domicile pour une cohorte de 80 à 100 patients par centre, soit 480 à 600 enfants / adolescents au total.

### **2.1 Des financements en inadéquation avec les besoins de prise en charge**

Les établissements de santé en France sont financés par une tarification qui ne permet pas de prendre en compte la qualité de l'accompagnement et des soins, mais qui associe une somme à des actes précis. Pour autant, la majorité des actes qui attestent de la qualité de la prise en charge (entretiens, éducation thérapeutique, aménagement du lieu de vie, etc.) n'existent pas dans la nomenclature des actes qui rémunèrent l'hôpital. Les actes les plus rémunérateurs sont les examens d'imagerie et la chirurgie bariatrique. Dans le premier cas, cette situation peut pousser les personnels médicaux à prescrire de tels examens afin que leurs patients produisent des recettes pour l'hôpital, dans le second, l'indication thérapeutique peut ne pas être influencée par l'état du patient, mais par l'intérêt économique pour l'hôpital que ce patient représente.

Des modes de financement alternatifs existent toutefois, comme en témoigne l'exemple de l'expérimentation OBEPEDIA.

Il est envisagé d'inclure ou de compléter ces financements pour certaines prestations qui ne font pas nécessairement aujourd'hui l'objet de prise en charge par la collectivité,

---

<sup>38</sup>Angers, Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy et Toulouse.

comme l'accès à un psychologue, à un diététicien ou à un enseignant spécialisé pour des activités physiques adaptées.

## **2.2 Comment ménager une place à la médecine de ville ?**

Corrélativement à ces problématiques de financement de l'activité, les CSO doivent répondre à une forte demande, qui peut s'expliquer à la fois par l'augmentation des pathologies liées à l'obésité sévère ou morbide et par un manque de professionnels capables d'assurer une réponse de proximité sur ces problématiques spécifiques.

La structuration de l'offre de soins (Cf. : Annexe 7) voulue par le plan obésité fait pourtant des CSO des structures de recours de troisième niveau, dont la compétence et l'expertise ne doit concerner que certains cas d'obésité sévère ou complexe. Le plan prévoit que la prise en charge de premier recours soit assurée par les médecins traitants et scolaires, les structures sociales et médico-sociales existantes, ainsi que par le tissu associatif et communautaire. Il s'agit ici d'un des objectifs fixés par le plan obésité qui n'a pas été atteint, pour des causes multiples, mais principalement de financement selon le responsable d'un CSO :

*« Le financement forfaitaire permettrait de financer au juste coût. Ce forfait pourrait inclure la prise en charge de proximité, lorsque la personne devient suivie en ville après le CSO »*

L'expérimentation OBEPEDIA montre qu'il est possible de tendre vers un système de financement plus équitable, à condition de lever les freins financiers (rémunération des CSO par forfait et des médecins de premier recours), organisationnels (coordination et distribution des rôles de chacun des acteurs au cours de la prise en charge) et politiques (tarification à l'activité au sein des établissements de santé).

## **3 La coordination des acteurs reste à optimiser**

### **3.1 La coordination des acteurs, une mission dévolue aux CSO**

Les centres spécialisés devaient donc s'inscrire dans une démarche d'animation et de coordination territoriale en définissant et en mettant en œuvre une démarche de coordination entre les acteurs inexistante au moment de leur mise en place. Cette mission nécessite donc :

- L'organisation d'actions de sensibilisation, d'information, de formation,
- L'écriture de protocoles organisationnels
- L'animation d'une filière de prise en charge qui implique les acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux.

La création d'un maillage territorial et la coordination des différents acteurs passe par la formalisation de partenariats (ex : échanges de bonnes pratiques ou formation des professionnels, convention d'accueil temporaires de patients, organisation d'activités sportives ponctuelles par une association sportive pour les patients du CSO) et la création d'une dynamique collaborative, dans le but d'organiser l'offre et diffuser les compétences au sein du territoire.

### **3.2 Les acteurs du maillage territorial**

Il s'agit de structures sanitaires et sociales (SSR, EPSM, CATTP, foyers d'hébergement notamment), de professionnels médicaux et paramédicaux libéraux (médecin traitant et médecin spécialiste, chirurgien, nutritionniste, diététicien, psychologue, masseur-kinésithérapeute, infirmier, etc.), associations de patients, professionnels de l'activité physique adaptée.

#### **3.2.1 L'intérêt d'une coordination efficace des acteurs**

La coordination du maillage territorial a aussi pour but d'assurer l'efficacité des deux premiers degrés de recours<sup>39</sup>. Si le CSO a pu diffuser les compétences et sensibiliser les professionnels de son territoire à son action et aux standards de prise en charge des patients obèses, les deux degrés de recours pourront remplir leur rôle : ainsi, le médecin traitant pourra dépister les patients à risque, prescrire les examens complémentaires nécessaires avant d'envisager de mettre en place un dispositif d'éducation thérapeutique et un suivi. De même, dans certains cas, les professionnels du deuxième recours accompagneront le médecin traitant lorsque le recours spécialisé s'avère nécessaire<sup>40</sup>.

#### **3.2.2 L'absence de coordination des acteurs**

La mission confiée au CSO de créer un maillage territorial ne s'est pas accompagnée de l'octroi de financement à cette fin. Pour autant, rencontrer des partenaires éventuels, mener des actions de formation et de sensibilisation nécessite l'engagement de ressources (humaines et financières) et du temps afin de pouvoir concrétiser des projets<sup>41</sup>. En dépit de la faiblesse des ressources allouées aux CSO, ceux-ci essaient d'être « *la tour de contrôle qui permet d'aider à l'adaptation du changement du système de soin* », en « *aidant les*

---

<sup>39</sup>Ziegler, O., Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Synthèse et propositions, Obesity, 2014, 9, p225.

<sup>40</sup>La gradation des soins dans le plan obésité, Ministère des solidarités et de la santé, décembre 2016

<sup>41</sup>Entretiens avec le coordinateur médical national du GCC-CSO, 10 mai 2018 & le Responsable médical du CSO Paris-Centre, service de nutrition, 15 mai 2018

*acteurs à travailler ensemble et faciliter la chaîne de soins, en étant à la fois un système de recours et un centre de formation »<sup>42</sup>.*

Si les patients suivis dans les CSO bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire, les professionnels travaillant dans ces centres ont indiqué que cette pluridisciplinarité était difficilement mise en œuvre en dehors du centre<sup>43</sup>. En effet, ils regrettent de nombreux professionnels de santé ne prennent pas en charge ni ne suivent les patients obèses<sup>44</sup>. De nombreuses raisons sont avancées :

- Les patients obèses ont souvent des difficultés à se déplacer chez leur médecin traitant (difficultés à quitter le domicile, cabinet médical inaccessible à cause des marches à monter, repli sur soi), et les médecins traitants ne se déplacent plus chez leurs patients ;
- Les professionnels de santé appréhendent la prise en charge de patients obèses (raisons personnelles tenant à la particularité de ces patients) ;
- Les professionnels de santé ne s'estiment pas formés afin de prendre en charge les patients obèses.

Concernant les structures d'aval, les CSO adressent souvent les patients suivis en SSR afin qu'ils puissent y bénéficier d'une prise en charge axée sur l'éducation thérapeutique en particulier diététique, associée à la reprise d'une activité physique et à une rééducation à l'effort. Toutefois, les places en SSR adaptées aux personnes obèses sont peu nombreuses, et seuls des efforts de coordination et de coopération entre les CSO et les SSR permettent d'assurer la prise en charge des patients des CSO en SSR.

Enfin, il est essentiel d'évoquer le rôle des acteurs sociaux impliqués dans la prise en charge des personnes obèses au parcours complexe : atteints d'obésité sévère et/ou compliquée par des comorbidités importantes, ces patients sont souvent dans une situation sociale très précaire (peu ou pas de ressources, écartés de la société, peu d'autonomie, repliés sur eux-mêmes). Pour autant, les acteurs sociaux en « ville » n'interviennent que très rarement au bénéfice de ces personnes. Le seul soutien social que peuvent avoir les patients au parcours complexe se résume à l'aide apportée par l'assistante sociale du CSO, et parfois les associations.

En effet, les assistantes sociales de secteur des collectivités territoriales dédient principalement leur temps de travail à deux missions, l'hébergement d'urgence et les aides

---

<sup>42</sup>Entretien avec le coordinateur national du GCC-CSO, *op. cit.*

<sup>43</sup>Entretien avec un praticien hospitalier du CSO Paris-Centre, service de nutrition, 15 mai 2018

<sup>44</sup>Entretien du 15 mai 2018 avec la coordinatrice administrative du CSO Saint Grégoire, 15 mai 2018



financières. Ces deux missions les empêchent de pouvoir assister les patients au parcours complexe.

L'assistante sociale du CSO se charge donc de faire l'interface avec les tuteurs/curateurs des patients du service lorsqu'ils font l'objet d'une mesure de protection, elle prépare les demandes à adresser à la MDPH, renseigne les patients sur les aides qu'ils peuvent solliciter et les dispositifs existants. Elle alerte aussi la mairie lorsqu'un relogement d'urgence doit être mise en place au profit d'un patient dont le domicile est insalubre ou inadapté à la pathologie (appartement situé en étage alors que le patient est grabataire)<sup>45</sup>.

Bien que le Plan Obésité ait chargé les CSO d'assurer un maillage territorial, l'absence de moyens financiers conséquents accordés dans ce cadre et les difficultés du terrain empêchent les CSO de réaliser de réelles avancées en ce domaine.

En conclusion, et comme le résume le Professeur Maithé Tauber pédiatre-endocrinologue :

*« Le travail de coordination des acteurs demande du temps, des compétences, de la pérennité. Emerge le besoin d'une nouvelle fonction, d'un nouveau métier de coordination et d'intégration des différentes étapes et acteurs, assurée par un professionnel dédié, médical, paramédical ou autre, ayant une connaissance précise du système dans lequel évolue le patient et en empathie avec (lui). Ce principe ne pose pas question en termes de pertinence mais sa mise en place nécessite une initiative politique. Ce nouveau métier n'a pas de définition précise ni réglementaire. Il faut avancer dans ce domaine pour concrétiser et valoriser cette mission dans les CSO ».*<sup>46</sup>

## **4 La chirurgie bariatrique demeure une réponse essentielle dans le parcours de prise en charge de l'obésité**

### **4.1 Panorama de la chirurgie bariatrique en France**

En France le taux d'obésité (IMC  $\geq$  30) est de 17%.<sup>47</sup> L'étude Esteban<sup>48</sup> démontre que la prévalence de l'obésité s'est stabilisée en France entre 2006 et 2015.

---

<sup>45</sup>Entretien avec une assistante sociale du CSO Paris-Centre, service de nutrition, 15 mai 2018

<sup>46</sup>Instruction N° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)

<sup>47</sup>OCDE, Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, p86-7

<sup>48</sup>Santé Publique France, Etude ESTEBAN 2014-2016, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Esteban>

Pourtant le taux de chirurgie de l'obésité est en constante augmentation avec 58 130 interventions par an en 2016 versus 44 992 en 2012<sup>49</sup>. Le nombre d'intervention par région n'est pas corrélé au nombre de patients obèses<sup>50</sup>

Les recommandations de l'HAS<sup>51</sup> précisent que l'indication opératoire ne peut être posée que pour les obésités de grade III (IMC > 40) et pour les obésité sévères (IMC > 35) avec de comorbidités associées qu'une perte de poids peut faire régresser. La décision doit être prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Les interventions sont soumises à entente préalable par les médecins experts de la sécurité sociales et les patients opérés répondent aux critères de ces interventions.

Selon le responsable du GC-CSO, le recours à la chirurgie n'est qu'une partie de la prise en charge des obésités qu'elles soient sévères, compliquées ou complexes<sup>52</sup>. L'obésité est une maladie chronique, que l'on ne sait pas guérir, pour laquelle la chirurgie n'est qu'une étape.<sup>53</sup>

Les interventions les plus fréquentes à ce jour sont la *sleeve* gastrectomie (72%) et le *bypass* gastrique (23 %).<sup>54</sup>

L'indication opératoire est discutée lors d'une RCP dans 81% des dossiers dans les CSO et leurs centres partenaires et dans 72% des dossiers d'autres établissements de santé.<sup>55</sup>

La RCP permet une analyse de tous les éléments du parcours du patient en amont et de prendre une décision collégiale. La RCP réunit médecins, chirurgiens, anesthésistes, diététiciens et psychologues. Les données médicales, psycho-sociales, les habitudes alimentaires et l'adhésion aux mesures diététiques, le projet de vie et d'accompagnement post opératoires sont confrontées afin de prendre la décision la plus mieux adaptée à chaque cas. Outre l'analyse purement médicale et du bénéfice/risque d'une intervention, l'évaluation psychiatrique en amont est primordiale et doit être faite par un praticien (psychologue ou psychiatre) soit du CSO soit habilité au regard de son expertise dans la prise en charge des obésités et des troubles alimentaires<sup>56</sup> L'investissement du patient et ses

---

<sup>49</sup>HAS, Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale - Campagne 2017

<sup>50</sup>Cash R. & de Kervasdoué J., La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux soigner moins, Editions Economica, 2018

<sup>51</sup>HAS, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009, *op. cit.*

<sup>52</sup>Entretien avec coordinateur médical du GCC – CSO, 15 mai 2017, *op. cit.*

<sup>53</sup>Obésité : la chirurgie fait maigrir et après ? Entretien avec le Dr Boris Hansel, diabétologue et nutritionniste, hôpital Bichat. Paris. 4 août 2017, Medscape

<sup>54</sup>HAS, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009, *op. cit.*

<sup>55</sup>HAS, Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Chirurgie de l'obésité chez l'adulte, *op. cit.*

<sup>56</sup>RCP médicochirurgicale de chirurgie bariatrique, CSO Paris-Centre, 16 mai 2018

capacités de compréhension sont des facteurs pris en compte dans la décision<sup>57</sup> car ils contribuent en grande partie au succès de l'intervention.

Le refus ou le report de décision sont argumentés et des mesures alternatives peuvent être proposées. Un dossier récusé peut ainsi être représenté et obtenir un accord<sup>58</sup>.

#### **4.2 Les échecs de la prise en charge opératoire des obésités**

Il y aurait entre 20 et 50% d'échec de la chirurgie à 10 ans<sup>59</sup> avec 30% à 35% à 10 ans pour le bypass et 30% à 8 ans pour la sleeve. Le recul à long terme montre qu'il y a à peu près 90% d'échec avec l'anneau gastrique.<sup>60</sup>

Dans les patients en échec on peut identifier deux groupes : un groupe de patients qui ne sont jamais arrivés à la perte de poids attendue et un groupe de patients qui ont eu une perte de poids suffisante mais qui au fil du temps ont repris tout le poids perdu.

Dans les étiologies des échecs, on peut retrouver une ou plusieurs causes associées : un problème hormonal ou métabolique, des complications anatomiques ou chirurgicales, une pathologie psychique non décelée ou apparue après l'intervention, un suivi post chirurgical insuffisant ou patient perdu de vue, une hygiène de vie inadaptée et une non observance des mesures diététiques<sup>61</sup>

Il existe également des complications anatomiques ou chirurgicales. Dans la sleeve par exemple, on peut avoir des dilatations du tube gastrique, dans le bypass des dilatations de la poche gastrique ou le rétablissement du circuit antérieur par le biais d'une fistule.

Le bilan psychiatrique est retrouvé dans 91% des dossiers<sup>62</sup>. Pourtant on peut trouver une pathologie psychique qui n'était pas claire avant ou qui est apparue en post intervention. En particulier un trouble de l'image de soi ou des troubles du rapport à l'alimentation : en effet les interventions sleeves ou gastrectomie suppriment la sensation de faim mais pas l'envie de manger. Certains sujets ont une pratique de grignotage de compensation et présentent une véritable addiction à la nourriture, qui doit être prise en charge par un suivi psychologique ou psychiatrique.

---

<sup>57</sup>Entretien avec coordinateur médical du GCC – CSO, 15 mai 2017, *op. cit.*

<sup>58</sup>RCP médocochirurgicale de chirurgie bariatrique, CSO Paris-Centre, *op. cit.*

<sup>59</sup>Chirurgie de l'obésité : pourquoi tant de patients reprennent ils du poids ? Entretien avec les Dr Boris Hansel (endocrinologue, diabétologue et nutritionniste, hôpital Bichat. Paris) et Kontantinos Arapis (chirurgien, hôpital Bichat Paris). Novembre 2017. Medscape.

<sup>60</sup>Chirurgie bariatrique en France : entretien avec le Pr Jean-Pierre Marmuse, chef de service de chirurgie digestive et viscérale, hôpital Bichat Paris et Dr les Dr Boris Hansel (endocrinologue, diabétologue et nutritionniste, hôpital Bichat. Paris). 9 mars 2015. Medscape

<sup>61</sup>Chirurgie de l'obésité, *op. cit.*

<sup>62</sup>HAS, Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, *op. cit.*

De plus, après une chirurgie de l'obésité sévère, 30 à 50% des patients sont perdus de vue<sup>63</sup> et plus particulièrement après la phase de perte de poids importante et facile. Cela majore considérablement le risque de complications dont la reprise de poids et les carences nutritionnelles. Le suivi à vie est indispensable et doit s'appuyer sur une coordination entre la médecine de ville et les centres chirurgicaux afin d'améliorer l'éducation thérapeutique.

Enfin, le manque d'activité physique tient une large part dans les échecs de perte de poids à long terme. Le changement corporel lié à l'opération permet de s'investir progressivement dans des activités physiques.

Les échecs de la chirurgie, en particulier de la reprise de poids, doivent être analysés de façon globale, afin d'adapter la prise en charge de façon médicale et/ou médicochirurgicale. On voit de plus en plus de schémas anneau gastrique- échec- sleeve- échec- bypass -échec. Après un échec de *bypass*, la solution de la dérivation biliopancréatique (0,06% des interventions) est envisageable mais complexe<sup>64</sup>. Certains patients en échec demandent une nouvelle chirurgie car ils pensent que la première chirurgie a été mal faite et ne peuvent pas envisager d'autres solutions qu'une nouvelle chirurgie : pourtant les interventions successives (en particulier *bypass* après *sleeve*) entraînent une perte de poids moins importantes que les précédentes et leurs indications doivent être particulièrement réfléchies.<sup>65</sup>

La prise en charge des obésités complexes ne se limite donc pas à la chirurgie, qui n'est qu'une partie au sein d'un dispositif pluridisciplinaire qui vise à améliorer la qualité de vie du sujet, son insertion sociale, et à améliorer les comorbidités associées. Un changement de mode de vie global est la base du traitement de l'obésité, maladie chronique dont on ne guérit pas même après une chirurgie qualifiée de réussie du fait d'une perte de poids durable.

---

<sup>63</sup>Table ronde, Pr Olivier Ziegler (Service de diabétologie, CHU de Nancy). Entretiens de Bichat, 2014.

<sup>64</sup>Chirurgie de l'obésité, *op. cit*

<sup>65</sup>RCP médicochirurgicale de chirurgie bariatrique, CSO Paris-Centre, *op. cit*

# Chapitre III : Une évolution des outils et des prises en charge pour s'adapter aux obésités complexes

Nous avons fait l'hypothèse que l'absence d'une définition et *in fine* d'une classification commune des obésités complexes était une des raisons des difficultés à établir des parcours personnalisés où la chirurgie ne serait pas nécessairement centrale.

La complexité n'a en effet pas été pensée en amont et ces parcours atypique sont à la fois difficilement objectivés, financés par la T2A et inscrits hors des structures hospitalières. Or, la progression du volume et du degré des cas d'obésité complexe impose de répondre à ces lacunes afin de préserver les moyens d'action des CSO et l'efficacité des prises en charges.

## **1 L'optimisation de la prise en charge des patients appelle à une gradation partagée de la complexité par les CSO et au développement des liens étroits avec les structures extrahospitalières**

Au terme de ce rapport, il est démontré que la complexité des parcours se nourrissant de la singularité de chaque situation, il paraît illusoire de rendre compte de l'obésité complexe uniquement par des échelles de gradation de la sévérité médicale, psychologique ou fonctionnelle de l'obésité, dont même l'agrégation ne rend pas entièrement compte de la complexité.

La gestion de cette complexité appelle en effet une différenciation des ressources d'autant plus importante que le caractère grave de l'obésité est avéré, mais plus encore s'il s'y ajoute des problématiques de précarité sociale ou économique. Il serait donc pertinent que les CSO se dotent d'un outil qui permette de documenter concomitamment la gravité de l'obésité mais également la complexité des parcours qui à ce jour ne peut être extraite des données PMSI.

L'objectivation du caractère complexe des parcours permettrait de soutenir une démarche de reconnaissance institutionnelle de la spécificité des structures de prise en charge de l'obésité. D'une part, tous les acteurs des CSO rencontrés soulignent que la prise en charge soignante des patients obèses massifs nécessite des ressources en personnel plus importantes. Il convient dès lors de reconnaître l'importance de la charge en soin requise pour s'occuper de ces patients obèses, très différents des autres dans leur abord physique et psychologique. Cette prise en charge coûteuse s'explique du fait de la technicité et de la

spécificité des actes médicaux et paramédicaux pratiqués, mais aussi de la quantité de personnel et du matériel spécifique nécessaire.

Tous nos interlocuteurs ont souligné l'importance de la prise en charge en aval des hospitalisations dans les CSO, plus particulièrement dans les structures de SSR nutrition. Celles-ci sont les seules à même de proposer une hospitalisation de plusieurs mois qui permette véritablement d'opérer un changement comportemental chez les patients obèses. Or les SSR susceptibles de prendre en charge les obèses complexes sont peu nombreux et réticents à prendre en charge ces patients dont la prise en charge est compliquée par les problématiques sociales et les comorbidités. Pareillement, les professionnels de santé susceptibles de suivre en ambulatoire les cas complexes des patients obèses sont rares. Cela aboutit donc à des ruptures de prises en charge qui viennent obérer l'efficacité du travail mené au sein des CSO. Il est donc primordial de préserver le temps de coordination et de fluidifier les relations avec les partenaires extérieurs.

Ces constats nous amènent à formuler quatre propositions relatives à la documentation des obésités complexes, au découplage des prises en charge et au financement des CSO :

### **Proposition n° 1 : Aboutir à un outil national de recueil et de gradation des obésités complexes**

Nous préconisons que la DGOS fixe aux différents CSO et CIO l'objectif de converger vers un outil de classification et de recueil partagé et consensuel des différents cas d'obésité permettant de documenter les parcours complexes.

A ce titre, il pourrait être opportun de partager la démarche de CIO Paris-Centre qui tente de mettre en œuvre une telle échelle nommée ObéComplex, en intégrant le degré de *gravité sociale* à la classification de gravité FOSS<sup>66</sup> (Cf. : annexes 8 et 9). Ce travail, toujours à l'étude, aboutit à déterminer pour chaque patient un score de complexité reflétant l'intensité de l'investissement nécessaire pour ces patients.

### **Proposition n° 2 : Reconnaître le caractère spécifique des unités de prise en charge des patients obèses massifs**

Les obésités complexes se définissant presque systématiquement par le caractère massif de la surcharge pondérale, la perte d'autonomie aboutit à la nécessité d'une assistance pour les actes de la vie quotidienne qui se retrouve lors des hospitalisations dans les CSO.

---

<sup>66</sup> French Obesity Staging System, Ziegler O. et Basdevant A., 34e réunion scientifique de l'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité, 23-24 janvier 2018

Il conviendrait dès lors que le futur Plan Obésité reconnaisse le caractère particulier de la charge de travail dans les unités d'hospitalisation des CSO et puisse émettre des recommandations en termes de dotation de personnel sur lesquelles les CSO pourraient s'appuyer pour objectiver leurs besoins en ressources humaines.

### **Proposition n° 3 : Fluidifier et renforcer les prises en charges autour de l'hospitalisation aiguë**

Il paraît important que le nouveau plan obésité donne une impulsion institutionnelle à l'établissement de partenariats qui demeure trop dépendante de la bonne volonté de chacun. Une aide à la contractualisation CSO / SSR qui permette de diversifier les structures d'accueil et de sécuriser le parcours des patients entre structures d'aiguë et de SSR pourrait être inscrite au plan.

De plus, les pouvoirs publics n'ont pas anticipé les problématiques de logement des grands obèses. Ceux-ci bénéficient le plus souvent d'une reconnaissance de handicap qui devrait amener à une réflexion sur des lieux de vie transitionnels ou de long cours sur le modèle des maisons d'accueil spécialisées<sup>67</sup>. Pareillement, les grands obèses vieillissent désormais beaucoup mieux, les ARS devraient piloter l'ouverture de place d'EHPAD adaptées et flécher des crédits d'équipement à leur rencontre. Ces EHPAD pourraient rejoindre le réseau des CSO.

Toutefois l'aval de l'hospitalisation ne se résume pas nécessairement aux SSR, notamment après chirurgie bariatrique. Il demeure néanmoins est important de maintenir le patient dans une démarche proactive. Certains CSO ont ainsi développé des programmes d'accompagnement motivationnel, de gestion de l'impulsivité alimentaire ou de reprise de l'activité physique en ambulatoire<sup>68</sup> (Cf. Annexe 10) qui permettent de concilier reprise d'une activité sociale et prise en charge au long cours.

La coordination des parcours est à la fois la clé du succès de la prise en charge de l'obésité complexe et un facteur limitant en termes de ressources. La sécurisation des moyens des CSO devrait s'accompagner d'une incitation au développement des pratiques avancées des professionnels de santé et notamment la création de coordinateurs de parcours qui permettent de préserver le temps médical tout en améliorant la qualité des parcours de soins.

---

<sup>67</sup> Makdessi Y., Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités, DREES, Document de travail, Octobre 2012, 123

<sup>68</sup> Entretien avec le responsable médical du CSO Haute-Normandie, 19 mars 2018, *op. cit.*

#### **Proposition n° 4 : Mettre en place des modes de financement des prises en charges innovants**

La prise en charge des obésités complexes est chronophage et mobilisatrice de personnel. Elle constitue à la fois un champ de compétence fort des CSO et un angle mort de leurs modalités de financement.

Nous proposons que les financements fléchés des CSO soient modulés en fonction de la complexité des cas pris en charge. Cette modulation interviendrait sur la base du rapport d'activité annuel.

Nous proposons également un financement forfaitaire des prises en charges ambulatoires qui permette de rétribuer à la fois le rôle de coordination des CSO qui n'est aujourd'hui pas valorisé et les professionnels de santé intervenant dans ou hors les murs de l'hôpital. La répartition de ces forfaits entre les différents acteurs serait ouverte au conventionnement entre les CSO et leurs partenaires.

Pour mettre en place concrètement ce parcours, des valorisations financières doivent être envisagées sur différents aspects de la prise en charge :

- Le rôle de coordination du CSO : bilan, évaluation, mise en place du parcours avec tous les acteurs, animation de la RCP ;
- Le rôle de coordination de l'équipe de proximité (appels téléphoniques, communication entre professionnels, participation aux RCP, visites à domicile) ;
- Les consultations longues et pluridisciplinaires du CSO ;
- Les interventions de l'équipe de proximité au domicile ;
- Les soins propres à l'obésité (diététique, activité physique adaptée (APA) et psychologie) et actuellement non pris en charge.

Enfin, la prise en charge de l'obésité générant des externalités positives en termes de réinsertion et de prévention des comorbidités, il s'agit donc d'un investissement de santé public qu'il faut soutenir. Un engagement financier pérenne et affirmé des pouvoirs publics au travers du fléchage de crédits du FIR est à pérenniser ainsi que des mesures ponctuelles en termes de crédits d'investissement pour se doter ou renouveler le matériel de prise en charge adapté.

Après la valorisation de ces actes, l'étape suivante devra consister en l'adaptation du financement des soins eux-mêmes par l'assurance maladie. C'est ainsi que les Pays-Bas<sup>69</sup> ont déployé un système de remboursement de la chirurgie bariatrique rendant obligatoire le travail en amont de la chirurgie et le suivi post-opératoire. Concrètement, si un patient refuse de se rendre aux consultations préopératoires et à suivre une préparation préalable à l'intervention, le remboursement de cette dernière peut lui être refusé. Ce type de mesure

---

<sup>69</sup> Musso S., Activité physique et chirurgie bariatrique, synthèse des études, Diabète & Obésité, Octobre 2013, 8(72), p2-4



possède de double avantage de mieux maîtriser les dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins, puisque seuls les patients rigoureux et observants de leur traitement sont remboursés par l'assurance maladie. Une limite peut cependant être pointée : ce système n'oblige pas les personnes les plus aisées, qui peuvent se passer d'un remboursement des soins.

## **2 La prise en charge de l'obésité complexe nécessite le développement d'un réel maillage territorial autour des CSO/CIO**

Depuis leur création, la place des CSO/CIO dans le traitement des obésités complexes ne semble guère contestée.

Ce rôle de référent paraît toutefois s'accompagner d'un certain isolement, faute d'une structuration ou d'une organisation de la médecine de ville en parallèle. Cet isolement peut se ressentir à 3 niveaux :

- - au niveau des CSO/CIO : face à la demande à laquelle ils doivent répondre, sans nécessairement connaître les interlocuteurs adéquats, notamment en ville pour traiter les cas les moins sévères. Les CSO/CIO deviennent alors la porte d'entrée pour toutes les obésités.
- - au niveau de la médecine de ville : face à l'arrivée de certains patients en situation d'obésité sévère, sans bénéficier des outils adaptés. Nombreux sont les professionnels de santé qui peuvent se retrouver alors démunis pour appréhender une problématique difficile au croisement de plusieurs disciplines.
- - au niveau des patients : face aux spécificités d'une pathologie, sans connaître les praticiens à consulter ou à même de les orienter.

Une meilleure prise en charge des obésités complexes nécessite donc de développer un maillage territorial qui s'appuie certes sur les CSO/CIO, mais ne peut reposer uniquement sur eux.

C'est pourquoi, il nous semble nécessaire d'avoir un coordinateur pour fédérer les professionnels de santé sur un territoire, professionnels de santé qui auraient été justement intégrés au dispositif en étant formés sur les spécificités de ces pathologies.

### **Proposition n°5 : Coordonner un réseau de professionnels de santé sur un territoire**

Derrière ces centres d'excellence sur l'obésité, force est de constater que le traitement de cette problématique n'a entraîné aucune structuration réelle autour des besoins de santé de cette patientèle. A plus fortes raisons, les situations d'obésité complexe qui nécessitent un traitement adapté et surtout ajusté ne peuvent être correctement appréhendées en l'absence de toute organisation de l'offre de soins.

Les professionnels de santé, lorsqu'ils sont en mesure de traiter dans leur domaine de compétence les obésités complexes, ignorent souvent les autres interlocuteurs susceptibles de les accompagner pour assurer le suivi multidisciplinaire indispensable.

Si les CSO/CIO constituent des centres de référence dans la prise en charge des obésités complexes, force est de constater qu'il n'existe pas encore de réelle organisation autour d'eux.

Compte tenu de la pluralité des acteurs (public et privé, ville et hôpital, disciplines variées), toute structuration de l'offre de soins trop contraignante serait aussitôt rejetée. Il faut donc imaginer un système suffisamment souple pour être acceptable par l'ensemble de ces acteurs.

A cet égard, le modèle développé pour la prise en charge des problématiques liées au vieillissement de la population paraît présenté d'intéressantes perspectives pour la prise en charge des obésités complexes. En effet, ce modèle rassemble lui aussi une diversité d'acteurs autour d'une patientèle en augmentation dans le cadre d'évolution sociétale. Ce modèle s'organise notamment autour de réseaux de santé<sup>70</sup>.

La constitution d'un réseau de santé rassemblant des équipes pluridisciplinaires permettrait certainement de répondre à certaines des problématiques rencontrées dans le cadre des obésités complexes<sup>71</sup>, en assurant une meilleure orientation/accompagnement des patients. A titre d'exemple, le patient une fois traité, notamment chirurgicalement, peut vite se retrouver en dehors des circuits de santé, alors même qu'il nécessiterait de nouvelles prises en charge<sup>72</sup>.

En parallèle, cette constitution en réseau de santé pourrait permettre de mieux connaître les professionnels de santé et faciliter le travail de coordination dans la prise en charge des obésités complexes.

Justement, le bon fonctionnement du réseau de santé justifie de mettre en place un coordinateur de santé pour fédérer les acteurs en amont de la constitution du réseau et ensuite, s'assurer de l'efficacité du dispositif une fois celui-ci installé.

### **Proposition n°6 : Intégrer les professionnels de santé à la prise en charge des obésités complexes**

Aujourd'hui, en dehors des CSO/CIO, le traitement de l'obésité complexe paraît un domaine réservé à quelques professionnels spécialisés.

---

<sup>70</sup>Article L. 6321-1 du Code de santé publique

<sup>71</sup> Entretien avec le responsable médical du CSO-CIO Paris-Centre, 15 mai 2018

<sup>72</sup> Selon une étude américaine de 2017, 20% des patients opérés pour la chirurgie bariatrique souffraient ensuite de troubles alcooliques.

En effet, la prise en charge des obésités complexes nécessite une formation adaptée des professionnels de santé aux spécificités de la pathologie, tout en ayant recours au concours de plusieurs disciplines.

Or, il apparaît que de nombreux professionnels de santé sont peu ou mal informés quant à cette pathologie<sup>73</sup>. En effet, l'obésité elle-même est parfois réduite à une maladie qu'il convient de traiter au plus vite, y compris par les voies chirurgicales, sans poser la question à plus long terme des besoins réels du patient et des problématiques auxquels il peut faire face.

Outre la question de l'information et la formation des professionnels de santé aux spécificités du traitement de l'obésité complexe, une bonne prise en charge repose sur le travail continu d'une équipe pluridisciplinaire. C'est justement l'organisation de la médecine libérale autour de cabinets individuels qui a longtemps constitué l'un des principaux freins à une prise en charge adaptée des obésités complexes. Or, la médecine de ville connaît actuellement une restructuration autour de centres de santé et de maisons de santé, dans lesquels plusieurs professionnels de santé – de discipline parfois différente – exercent en commun. Le PLFSS 2018 a justement prévu de développer ce type de structure.

A cet égard, la restructuration de la médecine de ville pourrait favoriser l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie. Devant des patients souffrant d'obésité, le professionnel de santé peut bénéficier d'interlocuteurs médicaux présents à ses côtés, aussi bien pour orienter le patient que pour organiser son suivi.

### **Proposition n°7 : Faire des CSO/CIO une instance de régulation et de formation des professionnels de santé**

Cette nouvelle organisation de l'offre de soins devra donc s'articuler autour d'une intégration coordonnée de professionnels de santé sur chaque territoire, intégration qui ne peut réussir que si les professionnels de santé sont accompagnés pour traiter cette pathologie spécifique.

Par leur expertise et leur place particulière, les CSO/CIO constituent l'acteur cardinal – et non, forcément central – de la prise en charge des obésités complexes. Dans la lignée comme centre de référence, les CSO/CIO doivent aussi assurer un rôle de régulation et de formation des professionnels de santé. A l'heure actuelle, certains CSO/CIO assurent déjà une mission d'information à destination des professionnels de santé.

En effet, il s'agit de mettre en avant les bonnes pratiques dans le traitement des obésités complexes, tout en fournissant aux professionnels de santé une formation adaptée à

---

<sup>73</sup> Entretien avec le responsable médical du CSO-CIO Paris-Centre, 15 mai 2018

cette prise en charge particulière. Sans viser l'uniformisation – contraire au traitement différencié dont a besoin chaque patient -, il faut tâcher de renforcer les outils à la disposition des professionnels de santé pour qu'ils soient les plus à même d'aiguiller le patient vers l'offre de soins la plus adaptée aux spécificités de sa situation. Ce rôle de régulateur-formateur pourrait d'ailleurs trouver une déclinaison intéressante face au recours élevé à la chirurgie en France pour traiter l'obésité.

En fin de compte, il s'agirait de replacer les CSO/CIO à leur place originelle comme centre d'expertise et d'appui.

### **3 Prévenir en amont les obésités complexes**

Au regard de l'état des lieux réalisé et des divers entretiens, il nous a semblé primordial d'établir une recommandation majeure qui consiste à prévenir en amont les obésités complexes.

Cette recommandation peut se déployer en plusieurs propositions qu'il convient d'aborder.

#### **Proposition n° 8 : Prendre en charge précocement les patients identifiés comme "à risques" afin d'éviter les obésités complexes**

L'obésité est une maladie susceptible d'entraîner d'autres pathologies telles que, à titre d'exemples, le diabète, l'hypertension artérielle ou bien, le syndrome de l'apnée obstructive du sommeil. Dès lors, il s'avère nécessaire d'éviter leur développement chez les personnes souffrantes d'obésité. A ce jour, les professionnels de santé ont les compétences permettant d'identifier les patients dits « à risques », ceux pour lesquels il y a un risque d'aggravation vers une obésité complexe. En effet, seuls 10 % des obésités sont inévitables dont 1% d'origine génétique<sup>74</sup>. En direction de ces patients, deux axes de travail peuvent être développés.

D'une part, il s'agit d'impulser une politique de prévention de l'obésité efficace et globale par le biais d'actions de prévention primaire et secondaire voire tertiaire à la fois universelles, sélectives et ciblées. En effet, il n'apparaît pas judicieux de développer une politique uniquement ciblée vers les personnes en situation d'obésité, au risque de stigmatiser davantage cette population. Egalement, cette politique de prévention doit être composée d'un pan relatif à l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, nécessaire, pour rendre efficace les actions de prévention et permettre de responsabiliser la population. Sur le plan de la gouvernance, le HCSP préconise une réorganisation de celle-ci avec un pilotage

---

<sup>74</sup> Entretien avec le responsable médical du CSO-CIO Paris-Centre, 15 mai 2018

interministériel et la mise en cohérence entre les mesures nationales et régionales portées par les ARS<sup>75</sup>.

D'autre part, prévenir les obésités complexes précocement entraîne la reconnaissance des médecins généralistes et mêmes, des médecins spécialistes de second recours. Le médecin généraliste est souvent considéré comme pivot<sup>76</sup> dans la prise en charge des patients voire de « *gatekeeper* »<sup>77</sup>. Il a donc toute sa place à jouer dans la prévention de l'obésité sévère de même que les médecins spécialistes souvent en charge de patients en situation d'obésité. Dès lors, une sensibilisation accrue de ces médecins généralistes et spécialistes au sujet des divers facteurs de risques : sociaux, psychologiques, psychiatriques, intervenant dans la sévérité et complexité des obésités, doit être développée par le biais des CSO. Il est question d'intégrer les médecins à la prévention des obésités complexes par l'information des patients – leur montrer qu'une perte de poids peut limiter les pathologies par exemple – et à l'inverse, d'informer les médecins au sujet des dispositifs existants en faveur de la diminution des facteurs de risque, encore peu connus. Pour illustrer, il s'agit de faire la promotion du « sport sur ordonnance » auprès de ces divers professionnels voire paramédicaux<sup>78</sup> permettant, par le biais de professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA), de bénéficier d'un remboursement des séances par la sécurité sociale.

Or, l'enjeu repose sur un engagement politique fort au niveau national au regard de l'ampleur et de la transversalité de la problématique qui plus est, cette politique doit être partagée par l'ensemble des acteurs médicaux ou non, issus des secteurs sanitaires, sociaux, ou médico-sociaux<sup>79</sup>.

### **Proposition n° 9 : Développer la recherche en faveur de l'obésité**

Au regard du phénomène, la recherche est peu développée et l'obésité reste une maladie floue.

Il s'agit d'accroître les financements en matière de recherche sur l'obésité : médicale, comportementale et liée à l'environnement global des individus souffrant d'obésité par le biais d'une augmentation des appels à candidatures. Cette recherche devrait s'appuyer sur un réseau national composé de divers acteurs : instituts (par exemple l'INSERM), fondations, agences, associations d'usagers qui serait porté territorialement par les CIO, d'ores et déjà chef de file de la recherche.

---

<sup>75</sup> Haut Conseil de la Santé Publique, Pour une politique nationale nutrition santé en France, *op.cit.*

<sup>76</sup> Entretien avec le responsable médical du CSO-CIO Paris-Centre, 15 mai 2018

<sup>77</sup> Pour reprendre l'expression présente dans le système anglais de santé, le médecin généraliste est « portier » dans le système de santé

<sup>78</sup> Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

<sup>79</sup> Oppert JM. *et al.*, Dossier obésité, Soins, décembre 2016, p19-60

# Conclusion

En fin de compte, aborder le traitement des obésités complexes par les CSO/CIO constitue une excellente porte d'entrée pour identifier certains des dysfonctionnements actuels de notre système de santé.

D'une part, l'organisation de la prise en charge illustre les écarts entre des pathologies nécessitant un traitement individualisé par une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un suivi sur le long terme et un système fondé principalement autour d'un tarif moyen par acte et par professionnel.

D'autre part, si les CSO/CIO sont devenus des maillons essentiels à la prise en charge de ces pathologies, ils ne sont pas encore parvenus à accompagner la structuration d'une offre de soins à même d'orienter et de traiter les patients en fonction de leurs besoins. La gradation des niveaux de recours, avec comme porte d'entrée et point de vigilance le médecin traitant, reste encore plus théorique que pratique. Accorder l'instrument polyphonique qu'est le système de santé, est certes un travail de titan. Mais, l'ampleur de la tâche ne doit jamais décourager les efforts pour avancer. A toute odyssée, il y a une fin heureuse.

En parallèle, et contrairement à certaines pathologies, le rétablissement sur le long terme du patient ne peut reposer uniquement sur les techniques médicales, aussi sophistiquées soient-elles. Si le progrès médical a permis ici comme ailleurs des améliorations indéniables dans le traitement de l'obésité, il est insuffisant pour répondre durablement aux besoins du patient. Ici plus qu'ailleurs, une prise en charge efficace du patient ne pourra avoir lieu que si le médical accompagne une démarche personnelle, non la supplée ou la dirige. Le recours notamment à la chirurgie qui peut apparaître comme une solution évidente doit être pensé dans un cadre plus large, où l'intérêt principal est la santé du patient à long terme.

A l'heure où le Gouvernement constitue une « task force » chargé de travailler à une évolution du financement du système de santé français, les perspectives d'amélioration dans la prise en charge des obésités complexes dépassent parfois le seul cadre de cette problématique. Comme un écho déformé d'une perspective plus large.



---

# Bibliographie

---

## Textes règlementaires et rapports des organismes officiels :

Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

Direction Générale du Trésor, Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?, 6 septembre 2016, Trésor-Eco n°179

HAS, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte, 2009

HAS, Résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins - Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale - Campagne 2017

Haut Conseil de la Santé Publique, Pour une politique nationale nutrition santé en France : PNNS 2017-2021, septembre 2017

Haute Autorité de Santé, Recommandations « Surpoids et obésité : repérer plus tôt et mieux prendre en charge », 6 octobre 2011

INSEE, L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, 2007, INSEE Première

Instruction N° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)

Instruction n° DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS 3 et du plan obésité par les ARS

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

Makdessi Y., Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités, DREES, Document de travail, Octobre 2012, 123

Ministère de l'agriculture, Centre d'études et de prospective, Les différences sociales en matière d'alimentation, 2013, Analyse, 64.

Ministère de la Santé, Plan Obésité 2010-2013

Ministère de la Santé, Programme National Nutrition-Santé 2001 - 2005

Ministère des solidarités et de la santé, La gradation des soins dans le plan obésité, décembre 2016

Ministère des solidarités et de la santé, Organisation des filières de soin pour la prise en charge de l'obésité sévère, décembre 2016

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, La prévention et la prise en charge de l'obésité, 2005

## Ouvrages :

Basdevant A. & Guy-Grand B., Traité de Médecine de l'Obésité, 2004, Lavoisier

Cash R. & de Kervasdoué J., La coûteuse inégalité des soins : soigner mieux soigner moins, Editions Economica, 2018

Louis Perusse, Génétique de l'obésité in Encyclopédie Médico-chirurgicale, 2004, 10-506-C-10

## Articles scientifiques et de presse :

Bergman RL. *et al.*, A better index of body adiposity, 2011, Obesity, 19(5), p1083-9

Cahnman WJ., The Stigma of Obesity, 1968, The Sociological Quarterly, 9(3), p283-99

Calle E. & Kaaks R., « Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms », Nature Reviews Cancer, 4, 2004, p. 579-591

French Obesity Staging System, Ziegler O. et Basdevant A., 34e réunion scientifique de l'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité, 23-24 janvier 2018

Geets E. *et al.*, Clinical, molecular genetics and therapeutic aspects of syndromic obesity, 24/04/2018, Clin. Genet.

Goffman E., Stigmates, les usages sociaux des handicaps, 1975, Editions de Minuit

Hansel B. & Kontantinos A., Chirurgie de l'obésité : pourquoi tant de patients reprennent ils du poids ? Entretien avec les Dr Boris Hansel (endocrinologue, diabétologue et nutritionniste, hôpital Bichat. Paris) et Kontantinos Arapis (chirurgien, hôpital Bichat Paris). Novembre 2017. Medscape.

Hansel B., Obésité : la chirurgie fait maigrir et après ? Entretien avec le Dr Boris Hansel, diabétologue et nutritionniste, hôpital Bichat. Paris. 4 août 2017, Medscape

Kaplan RM. *et al.*, Prevalence and correlates of overweight and obesity among older adults: findings from the Canadian national population health survey, Journal of Gerontology, 2003, 58(11), p1018-30,

Mannino DM. *et al.*, « Boys with high body masses have an increased risk of developing asthma: findings from the National Longitudinal Survey of Youth (NLSY). », Int J Obes, 2006, 30(1), p. 6-13



Marmuse JP.& Hansel B., Chirurgie bariatrique en France : entretien avec le Pr Jean-Pierre Marmuse, chef de service de chirurgie digestive et viscérale, hôpital Bichat Paris et Dr les Dr Boris Hansel (endocrinologue, diabétologue et nutritionniste, hôpital Bichat. Paris). 9 mars 2015. Medscape

Musil CM., Gender differences in health and health actions among community-dwelling elders", *Journal of Gerontological Nursing*, 1998, 24(30), p38

Musso S., Activité physique et chirurgie bariatrique, synthèse des études, *Diabète & Obésité*, Octobre 2013, 8(72), p2-4

Neel, J.-V., Diabetes mellitus a 'thrifty' genotype rendered detrimental by 'progress'?. 1962, *Am. J. Hum. Genet.*, 14, p352-3

Oppert JM. *et al.*, Dossier obésité, *Soins*, décembre 2016, p19-60

Matta J. *et al.*, Santé Publique France, Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte CONSTANCES, *Bulletin d'épidémiologie hebdomadaire*, 25 octobre 2016, 35-36, p640-6.

Sharma AM, Kushner RS. A proposed clinical staging system for obesity. *IntJ Obes*, 2009, 33, p289-95

Stienstra R et al., « PPARs, Obesity, and Inflammation », *PPAR Res*, 2007, 2007, p. 95974

The International Obesity Task Force, Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity, juin 2012, *Pediatric Obesity*, 7(4), p284-94

Wellen KE. & Hotamisligil GS., « Inflammation, stress, and diabetes. », *J Clin Invest*, 115(5), 2005, p. 1111-9

Xia Q. & Grant SF., The genetics of human obesity, 2013, *Ann. NY Acad Sci.*, 1281, p178-90

Ziegler O., Table ronde, Pr Olivier Ziegler (Service de diabétologie, CHU de Nancy). Entretiens de Bichat, 2014.

Ziegler, O., Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Synthèse et propositions, *Obesity*, 2014, 9, p225.

Ziegler O., Quelle nouvelle classification pour une prise en charge personnalisée ?, *JABD*, 31 janvier 2014

## Sources internet :

Etude Elfe : influence de l'alimentation maternelle sur l'obésité, [www.elfe-france.fr](http://www.elfe-france.fr)

INSERM, Information en santé, Dossiers d'information, Obésité, [www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite](http://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/obesite)

Obépi : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012, Laboratoire Roche

OCDE, Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, p86-7

OMS, Global Health Observatory data repository, [www.who.int/gho/database/fr/](http://www.who.int/gho/database/fr/)

OMS, Obésité et surpoids, Aide-mémoire n°311, [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight)

OMS, Thèmes de santé : Obésité, [www.who.int/topics/obesity](http://www.who.int/topics/obesity)

Santé Publique France, Etude ESTEBAN 2014-2016, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Esteban>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1	Grille d’entretien utilisée lors des différentes rencontres avec les acteurs de la prise en charge de l’obésité complexe.....	II
Annexe 2	Liste des entretiens menés dans le cadre de ce travail.....	III
Annexe 3	Prévalence régionale de l’obésité en France entre 1997 et 2012.....	IV
Annexe 4	Carte des Centres intégrés de l’obésité et Centres spécialisés de l’obésité .....	V
Annexe 5	Répartition des enfants français par corpulence .....	VI
Annexe 6	Schéma global du parcours de soin pour obésités complexes dans le cadre de l’expérimentation OBEPEDIA.....	VII
Annexe 7	Structuration de l’offre de soins par niveaux .....	VIII
Annexe 8	Paramètres permettant de définir les 5 stades de l’Edmonton Obesity Staging System <sup>80</sup> , grille de gradation de la gravité des obésités.....	IX
Annexe 9	Projet de grille de classification des obésités et parcours complexes « ObéComplex ».....	X
Annexe 10	Prospectus des ateliers motivationnels mis en place par le CSO Haute-Normandie .....	XI

---

<sup>80</sup> Sharma AM , Kushner RS. A proposed clinical staging system for obesity. IntJ Obes, 2009, 33, p289-95

# Annexe 1

## Grille d'entretien utilisée lors des différentes rencontres avec les acteurs de la prise en charge de l'obésité complexe

<b>Problématique :</b>
<i>« Dans quelle mesure le parcours de soins proposé par les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) apporte-t-il une réponse pertinente à la prise en charge des personnes en situation d'obésité complexe ? »</i>
1) <b>Hypothèse 1 : A ce jour, la PEC de l'obésité complexe est avant tout chirurgicale</b> (PEC organique et non holistique) <b>car construite sur des normes</b> (HAS...).
Entretien semi-directif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont selon vous les cas les plus graves que vous avez à traiter et quelles en sont les causes ?</li> <li>- Dans le plan obésité, on parle de la diversité des situations et des facteurs étiologiques de l'obésité, qu'en pensez-vous ? Selon vous, est ce que cela définit les obésités complexes ?</li> <li>- Quelle est votre approche (perte de poids, resocialisation, autres attentes) ?</li> <li>- Quelle est la place de la chirurgie dans votre approche ? La chirurgie apporte-t-elle une réponse suffisante à la PEC des obésités ?</li> </ul>
2) <b>Hypothèse 2 : En l'état actuel des choses, il est difficile d'établir des parcours de soins individualisés pour ces personnes : les classifications actuelles (comme l'IMC) ne mettent pas en exergue le niveau de complexité</b>
Entretien semi-directif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En regard de vos observations précédentes, comment sont organisés les parcours patients ?</li> <li>- Pensez-vous que le niveau d'individualisation du parcours apporte une réponse adaptée à la PEC de l'obésité complexe ? En quoi serait-il perfectible ?</li> <li>- Quels sont les outils dont vous disposez pour évaluer l'état et les besoins de la personne ? Ces outils rendent-ils compte de la complexité des situations ?</li> </ul>
3) <b>Hypothèse 3 : L'absence de codage spécifique ne permet pas de décrire les situations et leur variabilité</b>
Entretien semi-directif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels outils de codage utilisez-vous pour rendre compte de votre activité ?</li> <li>- Le codage reflète-t-il votre activité dans le cadre du parcours ?</li> <li>- Le codage permet-il de rendre compte du score de sévérité défini ?</li> </ul>
4) <b>Hypothèse 4 : La T2A ne permet pas la mise en adéquation des ressources avec les besoins</b>
Entretien semi-directif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ce codage induit un niveau de recettes, vous permet-t-il d'obtenir les ressources suffisantes pour votre activité ?</li> <li>- Selon vous, quel mode de financement serait le plus adapté ?</li> </ul>
5) <b>Hypothèse 5 : Les CSO sont un organe de 1<sup>er</sup> recours dans la PEC des obésités complexes</b> (organisation de la filière).
Entretien semi-directif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous de la place des CSO dans la gradation des soins que l'on peut proposer aux patients ? (le maillage territorial, la formation, la place du médecin traitant, la prévention)</li> </ul>

# Annexe 2

## Liste des entretiens menés dans le cadre de ce travail

Date	Lieu	Fonction
19 mars 2018	CHU Rouen	Responsable médical CSO Haute-Normandie
10 avril 2018	CHU Grenoble	Responsable médical CSO Grenoble
10 mai 2018	CHU Nancy	Responsable médical CSO Nancy Coordinateur médical national du GCC - CSO
15 mai 2018	HU Pitié – Salpêtrière, Paris	Responsable médical CSO Paris-Centre Chef de service, service de nutrition
15 mai 2018	HU Pitié – Salpêtrière, Paris	Praticien hospitalier CSO Paris-Centre, service de nutrition
15 mai 2018	HU Pitié – Salpêtrière, Paris	Assistante sociale CSO Paris-Centre, service de nutrition
15 mai 2018	CHP Saint-Grégoire, Rennes	Coordinatrice CSO Bretagne
16 mai 2018	HU Pitié – Salpêtrière, Paris	RCP médico-chirurgicale chirurgie bariatrique

# Annexe 3

## Prévalence régionale de l'obésité en France entre 1997 et 2012

Source : Obépi : enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012, Laboratoire Roche

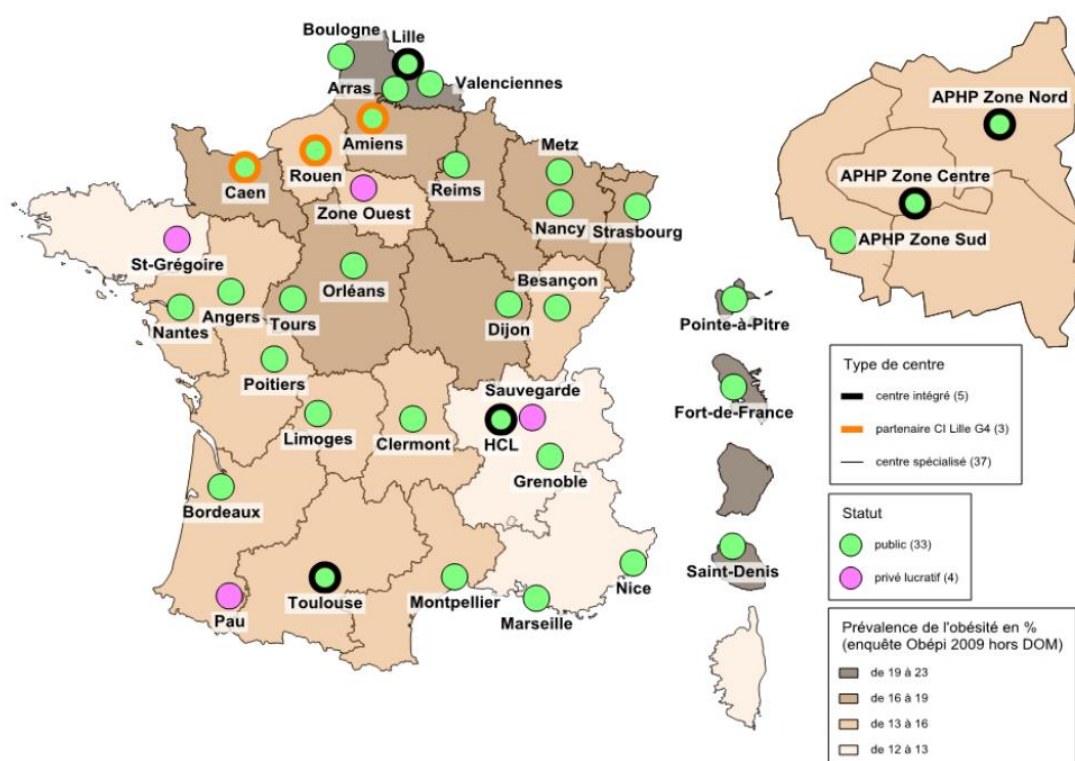
	Prévalence de l'obésité en...						Évolution de la prévalence de l'obésité...					Évolution de la prévalence de l'obésité
	1997	2000	2003	2006	2009	2012	entre 1997 et 2000	entre 2000 et 2003	entre 2003 et 2006	entre 2006 et 2009	entre 2009 et 2012	entre 1997 et 2012
Alsace	9,1%	12,2%	12,2%	16,2%	17,8%	18,6%	+34,1%	+0,0%	+32,8%	+9,9%	+4,5%	+104,4%
Aquitaine	8,5%	9,7%	11,0%	12,7%	13,7%	15,8%	+14,1%	+13,4%	+15,5%	+7,9%	+15,3%	+85,9%
Auvergne	11,1%	10,2%	14,4%	13,9%	14,4%	14,4%	-8,1%	+41,2%	-3,5%	+3,6%	0	+29,7%
Basse Normandie	9,4%	8,7%	11,9%	14,2%	16,3%	15,6%	-7,4%	+36,8%	+19,3%	+14,8%	-4,3%	+66,0%
Bourgogne	9,8%	9,8%	12,0%	11,7%	15,5%	14,9%	0,0%	+22,4%	-2,5%	+32,5%	-3,9%	+52,0%
Bretagne	6,7%	8,5%	9,4%	10,5%	12,2%	12%	+26,9%	+10,6%	+11,7%	+16,2%	-1,6%	+79,1%
Centre	9,8%	10,7%	13,6%	13,7%	17,7%	16,9%	+9,2%	+27,1%	+0,7%	+29,2%	-4,5%	+72,4%
Champagne Ardenne	8,5%	13,6%	16,0%	14,2%	17,0%	20,9%	+60,0%	+17,6%	-11,3%	+19,7%	+22,9%	+145,9%
Franche Comté	6,3%	9,3%	10,6%	15,3%	14,8%	15,4%	+47,6%	+14,0%	+44,3%	-3,3%	+4,1%	+144,4%
Haute Normandie	10,9%	14,8%	12,9%	16,7%	15,2%	19,6%	+35,8%	-12,8%	+29,5%	-9,0%	+28,9%	+79,8%
Languedoc Roussillon	10,3%	11,0%	13,1%	13,9%	14,2%	15,6%	+6,8%	+19,1%	+6,1%	+2,2%	+9,9%	+51,5%
Limousin	8,1%	9,4%	14,0%	14,7%	13,8%	17,8%	+16,0%	+48,9%	+5,0%	-6,1%	+29,0%	+119,8%
Pays de Loire	6,8%	7,6%	10,0%	12,2%	13,3%	11,8%	+11,8%	+31,6%	+22,0%	+9,0%	-11,3%	+73,5%
Lorraine	10,5%	12,5%	12,1%	14,1%	17,6%	17%	+19,0%	-3,2%	+16,5%	+24,8%	-3,4%	+61,9%
Midi-Pyrénées	7,8%	8,3%	9,6%	10,1%	13,6%	11,6%	+6,4%	+15,7%	+5,2%	+34,7%	-14,7%	+48,7%
Nord Pas de Calais	13,5%	14,3%	16,0%	19,2%	20,5%	21,3%	+5,9%	+11,9%	+20,0%	+6,8%	+3,9%	+57,8%
PACA	6,8%	10,0%	10,6%	11,5%	11,5%	11,7%	+47,1%	+6,0%	+8,5%	0,0%	+1,7%	+72,1%
Picardie	9,1%	12,7%	15,7%	14,4%	17,7%	20%	+39,6%	+23,6%	-8,3%	+22,9%	+13,0%	+119,8%
Poitou-Charentes	8,8%	7,9%	12,1%	12,8%	14,2%	13,8%	-10,2%	+53,2%	+5,8%	+10,9%	-2,8%	+56,8%
Région parisienne	7,0%	8,9%	11,9%	12,1%	13,2%	14,4%	+27,1%	+33,7%	+1,7%	+9,1%	+9,1%	+105,7%
Rhône-Alpes	7,9%	9,0%	9,8%	10,6%	11,9%	12,5%	+13,9%	+8,9%	+8,2%	+12,3%	+5,0%	+58,2%
FRANCE	8,5%	10,1%	11,9%	13,1%	14,5%	15,0%	+18,8%	+17,8%	+10,1%	+10,7%	+5,3%	+76,5%

- Régions dans lesquelles l'augmentation 1997-2012 est significative (à 5% de marge d'erreur)
- Régions dans lesquelles l'augmentation 1997-2012 n'est pas significative (à 5% de marge d'erreur)

# Annexe 4

## Carte des Centres intégrés de l'obésité (CIO) et Centres spécialisés de l'obésité (CSO)

Source : Ministère des solidarités et de la santé, Organisation des filières de soin pour la prise en charge de l'obésité sévère<sup>81</sup>

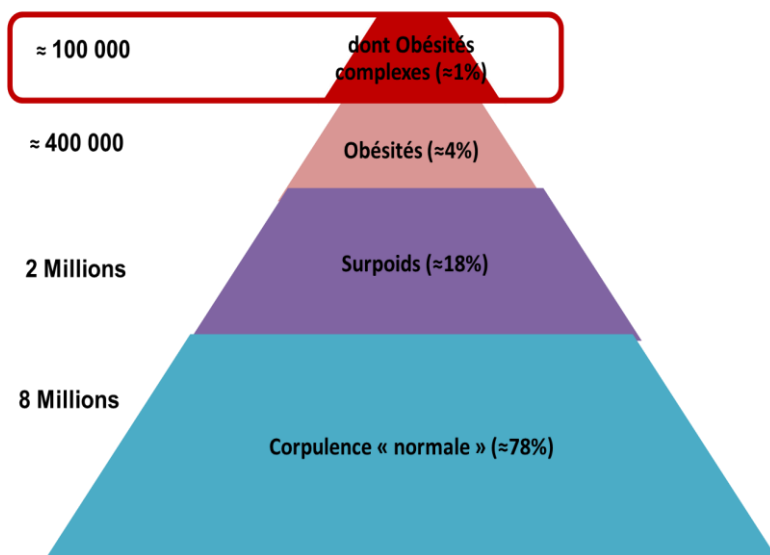


<sup>81</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/obesite-severe-organisation-des-filieres-de-soin-pour-la-prise-en-charge>

# Annexe 5

## Répartition des enfants français par corpulence

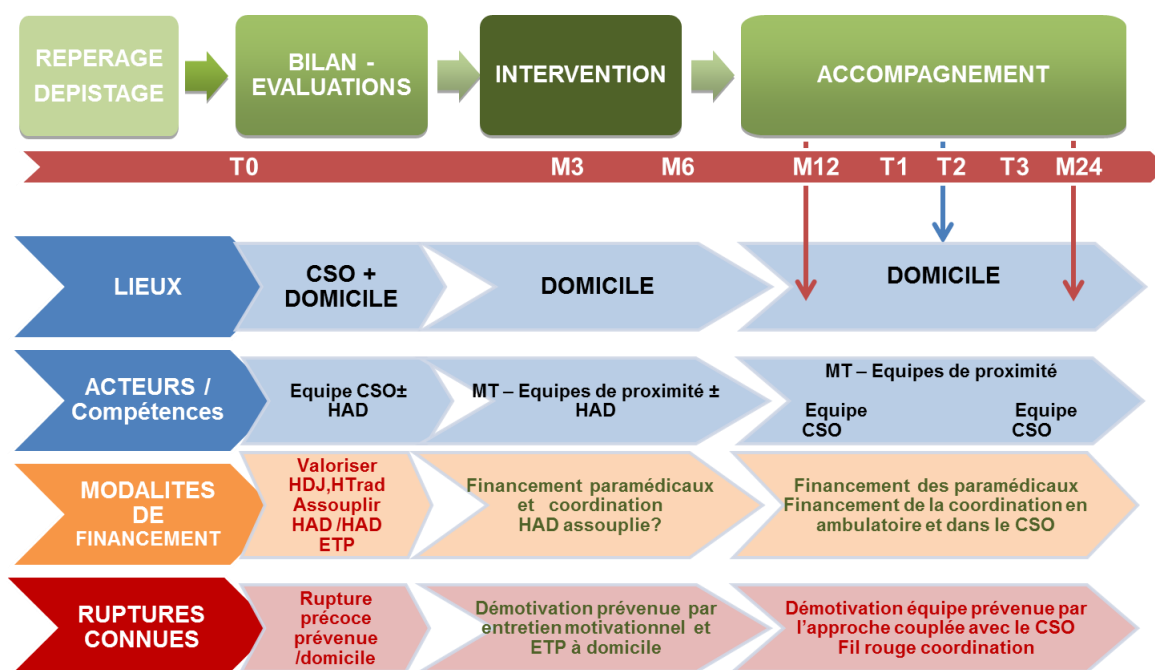
Source : *Instruction N° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)*



# Annexe 6

## Schéma global du parcours de soin pour obésités complexes dans le cadre de l'expérimentation OBEPEDIA

Source : Instruction N° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)

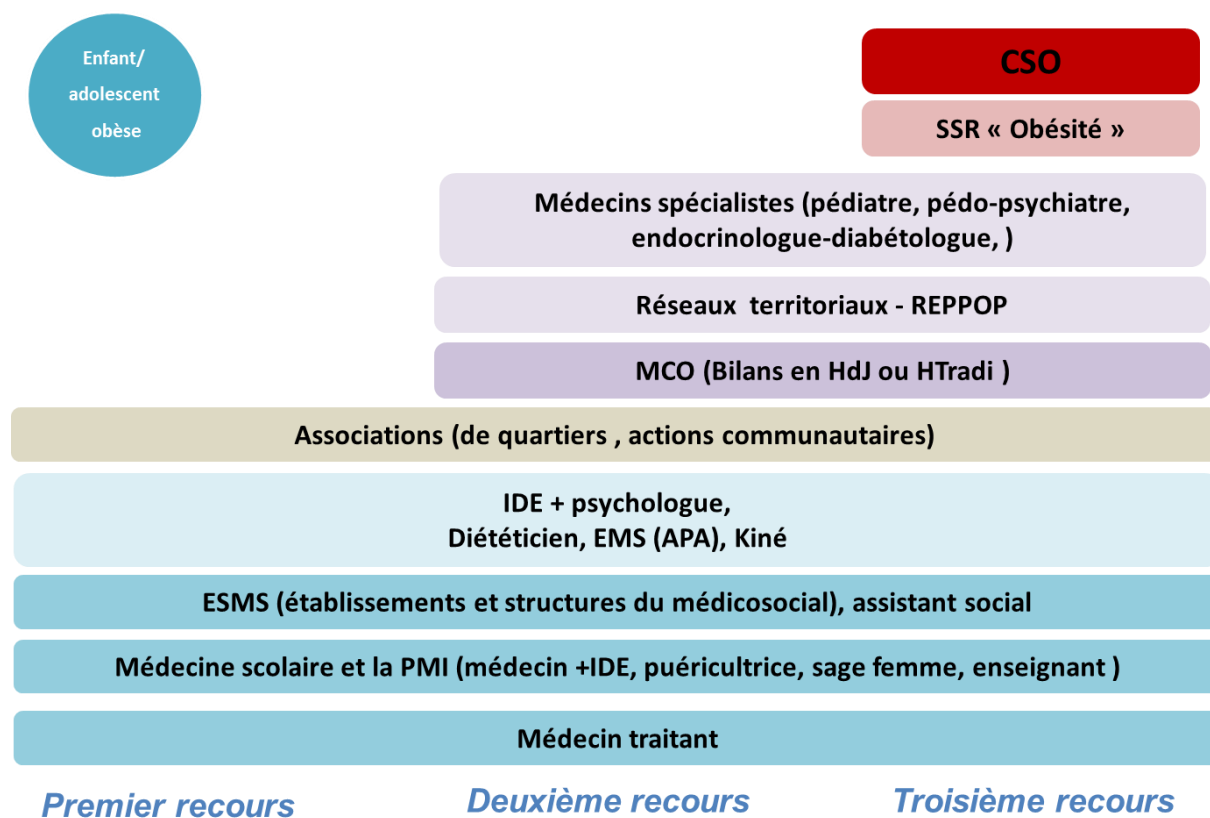




# Annexe 7

## Structuration de l'offre de soins par niveaux

Source : Instruction N° DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère)



# Annexe 8

## Paramètres permettant de définir les 5 stades de l'Edmonton Obesity Staging System<sup>82</sup>, grille de gradation de la gravité des obésités

Source : Ziegler O., *Quelle nouvelle classification pour une prise en charge personnalisée ?*, JABD, 31 janvier 2014

Stade	Co-morbidités/poids Facteurs de risque	Retentissement somatique et psychologique - QdV- handicap
St 0	RAS pour les lipides plasmatiques, la glycémie, tension artérielle...Pas de signes cliniques	Pas de psychopathologie ou de symptômes fonctionnels, bonne QdV
St 1	HTA limite, hyperglycémie modérée à jeun, enzymes hépatiques un peu élevées	Signes mineurs : quelques douleurs, un peu de fatigue, petite baisse des capacités fonctionnelles & du bien être
St 2	DT2, HTA, SAS, RGO, arthrose	Troubles anxieux, limitation modérée des activités quotidiennes, baisse de QdV
St 3	Pathologie d'organe sévère : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, complications du diabète, arthrose invalidante	Psychopathologie significative, limitations fonctionnelles ++ Baisse ++ de la QdV
St 4	Défaillance d'organes potentiellement terminale	Psychopathologie majeure, limitations fonctionnelles +++ Baisse +++ de la QdV

*QdV : qualité de vie, DT2 : diabète de type 2, SAS : syndrome des apnées du sommeil, RGO : reflux gastro-oesophagien*

<sup>82</sup> Sharma AM , Kushner RS. A proposed clinical staging system for obesity. *IntJ Obes*, 2009, 33, p289-95

# Annexe 9

## Projet de grille de classification des obésités et parcours complexes « ObéComplex » (version de travail provisoire)

Source : CIO-CSO Paris-Centre<sup>©</sup>

6 Dimensions	Complexité de la prise en charge (PEC) ou du parcours			PEC extrêmement complexe □100
	Pas de complexité □0	PEC modérément complexe □5	PEC complexe □20	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25- 29,9	30 - 39,9 ou 25-29,9 + Adiposité abdominale	40-59,9	≥ 60
Comorbidités de l'obésité	Absence ou comorbidité ne relevant pas d'un tt médicamenteux (ex. hyperglycémie à jeun)	Comorbidité avérée à risque modéré (ex SAS traité)	Comorbidité évoluée (ex diabète multicompliqué)	Grabataire ou Défaillance d'organe (ex insuffisances respiratoire, cardiaque, rénale, hépatique...)
Pathologies médicales associées	Absence	Pathologie associée modérée (peu impact sur PEC) (ex: épilepsie contrôlée)	Pathologie associée sévère (impactant la PEC) (ex: myopathies)	Pathologies associées sévères multiples (ex: SEP + cardiopathie ischémique)
Pathologies psychiatriques et addictions	Absence	Trouble de l'humeur modéré ou pathologie psychiatrique sévère contrôlée par le ttt	Pathologie psychiatrique avec perte d'autonomie, addictions substances psycho-actives	Pathologie psychiatrique avec troubles du comportement (ex: schizophrénie non contrôlée)
Troubles du comportement alimentaire	Absence	Perte du rythme alimentaire, compulsions simples	Binge eating disorder, boulimie	Absence d'autonomie alimentaire (ex: PWS)
Précarité <input type="checkbox"/> économique <input type="checkbox"/> sociale-familiale <input type="checkbox"/> logement <input type="checkbox"/> mobilité	Absence (aucun indicateur)	Précarité moyenne (1 ou 2 indicateurs)	Précarité haute (3 indicateurs)	Grande précarité (tous les indicateurs)

# Annexe 10

## Prospectus des ateliers motivationnels mis en place par le CSO Haute-Normandie

Source : CSO Haute-Normandie. CHU de Rouen<sup>®</sup>

Centre de Nutrition Bois-Guillaume

CHU ROUEN NORMANDIE CSO

### VOUS SOUFFREZ D'OBESITE ?

PARTICIPEZ AUX NOUVEAUX TRAITEMENTS AMBULATOIRES PROPOSES PAR LE CHU DE ROUEN SUR LE SITE DE BOIS-GUILLAUME

En tant qu'établissement de référence du Centre Spécialisé Obésité (CSO) Haute-Normandie, le CHU de Rouen vous propose **six prises en charges ambulatoires innovantes** et « sur-mesure » grâce à **une nouvelle plateforme d'activité** et à **une équipe de professionnels dédiés** au sein du Centre de Nutrition Bois-Guillaume.


- PROGRAMME DE PREPARATION A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE  
Une bonne préparation avant l'intervention est gage d'un succès pondéral à long terme  
• 7 séances (2 séances par semaine)
- PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE  
Notre équipe vous accompagne et vous soutient dans les changements alimentaires, morphologiques et psychologiques liés à votre amaigrissement  
• 8 séances (1 séance par semaine)
- PROGRAMME DE GESTION DE L'IMPULSIVITE ALIMENTAIRE  
Vous mangez de grosses quantités ? Vous grignotez en cas d'ennui ? Vous vous reconfortez en mangeant ?  
Nous vous apprenons à gérer votre stress autrement que par la prise alimentaire, grâce à différentes approches : hypnose, pleine conscience, etc.  
• 13 séances (1 séance par semaine)
- PROGRAMME TREMPLIN POUR UNE REPRISE D'ACTIVITE PHYSIQUE  
Vous avez une activité professionnelle pesante et vous êtes (déconditionnée) à l'activité physique : nous allons vous accompagner à reprendre le sport, en toute sécurité, sur des horaires adaptés pour vous  
• 21 séances d'activité physique adaptée (3 séances par semaine - en fin de journée)
- PROGRAMME NOUVEAU DEPART  
Vous êtes en situation d'obésité depuis tant d'années qu'il est difficile pour vous d'envisager de changer vos habitudes. Nous vous accompagnons à développer votre motivation au changement  
• (1 séance par semaine pendant 3 semaines puis 1 séance par mois pendant 3 mois)
- PROGRAMME « ESTIME DE SOI ET IMAGE DU CORPS »  
Prendre conscience du corps dont on a besoin et de ses qualités est un chemin pour parvenir au corps que l'on souhaite  
• 8 séances (1 séance par semaine)

Ces programmes sont tous conçus et dispensés par une équipe pluri-professionnelle expérimentée comprenant médecins, infirmières, diététiciens, psychologues, éducateurs en activité physique adaptée, ergothérapeute et socio-esthéticienne.

- Vous êtes intéressé(e) ? Parlez-en à votre médecin ! Vous pouvez participer même si vous n'êtes pas déjà suivi(e) au CHU !
- Pour plus de renseignements, RDV sur le site du CSO : <https://csohn.chu-rouen.fr/>
- Vous pouvez aussi nous contacter par mail : [CentreNutritionBG@chu-rouen.fr](mailto:CentreNutritionBG@chu-rouen.fr) ou tel : 02 32 88 90 81

CHU ROUEN NORMANDIE CSO

### MON CORPS



- Me permet de m'effacer
- Me permet de me protéger
- Me permet de prendre de la place

Et vous ?

Le Centre de Nutrition\* est là pour vous aider à prendre conscience du corps dont vous avez besoin...Un chemin nécessaire pour parvenir au corps que l'on souhaite...

Pour plus d'info : [CentreNutritionBG@chu-rouen.fr](mailto:CentreNutritionBG@chu-rouen.fr)  
Tel : 02 32 88 90 81

\*Programmes innovants pluridisciplinaires au CHU de Rouen - Hôpital de Bois-Guillaume




## GRÂCE À LA CHIRURGIE



*Sleeve gastrectomie*      *Bypass gastrique*

- J'aurai 1 silhouette de rêve
- Je changerai de vie
- L'alimentation deviendra une alliée


✦ *Et vous ?* ✦

Le Centre de Nutrition\* peut vous aider à vous préparer aux changements liés à la chirurgie bariatrique et vous accompagner après l'intervention...  
 Pour plus d'info : [CentreNutritionBG@chu-rouen.fr](mailto:CentreNutritionBG@chu-rouen.fr)  
 Tel : 02 32 88 90 81

\*Programmes innovants pluridisciplinaires au CHU de Rouen - Hôpital de Bois-Guillaume




## JE COURS



- Pour attraper mon bus
- Pour préparer le marathon de New York
- Pour ma santé

✦ *Et vous ?* ✦

Le Centre de Nutrition\* peut vous aider à reprendre une activité physique régulière sur des horaires compatibles avec votre activité professionnelle.  
 Pour plus d'info : [CentreNutritionBG@chu-rouen.fr](mailto:CentreNutritionBG@chu-rouen.fr)  
 Tel : 02 32 88 90 81

\*Programmes innovants pluridisciplinaires au CHU de Rouen - Hôpital de Bois-Guillaume




## JE VEUX PERDRE DU POIDS MAIS



- Je vais perdre ma carapace
- J'aime trop la bonne cuisine
- Je préfère le sport à la télé

✦ *Et vous ?* ✦

L'ambivalence fait partie de chacun de nous. Le Centre de Nutrition\* peut vous aider à trouver la motivation qui vous fera changer de vie...et de silhouette...  
 Pour plus d'info : [CentreNutritionBG@chu-rouen.fr](mailto:CentreNutritionBG@chu-rouen.fr)  
 Tel : 02 32 88 90 81

\*Programmes innovants pluridisciplinaires au CHU de Rouen - Hôpital de Bois-Guillaume




## JE GÈRE MON STRESS



- En faisant du shopping
- En prenant un bon bain
- En mangeant du chocolat

✦ *Et vous ?* ✦

Le Centre de Nutrition\* peut vous aider à gérer le stress et les aléas de la vie autrement que par la prise alimentaire.  
 Pour plus d'info : [CentreNutritionBG@chu-rouen.fr](mailto:CentreNutritionBG@chu-rouen.fr)  
 Tel : 02 32 88 90 81

\*Programmes innovants pluridisciplinaires au CHU de Rouen - Hôpital de Bois-Guillaume

*Thème n° 17 : Animé par Nathalie Gourmelon, Coordinatrice du Centre Spécialisé Obésité Paris-Centre*

**LES "OBESITES COMPLEXES" : ESSAI DE DEFINITION, PRISES EN CHARGE ACTUELLES, ENJEUX ET PERSPECTIVES**

Andrieux Fanny (ED3S), Bau Elodie (EAAH), Delmas Nicolas (EDH), Djedidi Dalila (EAAH), Duclos Bruno (EDS), Flamand Gautier (ED3S), Gallaud Julien (EDH), Lemire Jemima (ED3S), Mathieu Grégoire (EDH), Sauvêtre Luc-Olivier (EDS)

**Résumé :**

L'obésité constitue un problème de santé publique majeur, y compris en France où 15% de la population est obèse. Afin de lutter contre cette pathologie nutritionnelle, une multitude de plans nationaux – Plan National Nutrition Santé, Plan obésité – ont été déployés par les pouvoirs publics. La création des 37 Centres Spécialisés et Intégrés de l'Obésité (CSO & CIO) en 2011 visait à permettre la formalisation de la gradation de la prise en charge par le biais de structures et de professionnels dédiés. Cependant, l'augmentation de la prévalence de l'obésité et la perception de l'augmentation de leur gravité par les professionnels cette dernière décennie poussent à interroger la pertinence des dispositifs déployés.

L'obésité est une pathologie conditionnée par une multiplicité de facteurs combinés tels que les déterminants sociaux ou psychiques d'une part, et les pathologies associées et prédispositions biologiques d'autre part. Cela interroge les professionnels de santé tant sur la réponse à apporter en amont que sur les modes de prise en charge ou le suivi à long terme, notamment pour les cas les plus compliqués. En effet, au-delà de la définition de la gravité médicale de l'obésité, les obésités complexes, au sens où elles vont requérir un parcours complexe nécessitant la coordination d'acteurs multiples n'ont pas été conceptualisées par les pouvoirs publics.

Dès lors, dans quelle mesure le parcours de soins proposés par les CSO apporte-il une réponse pertinente à la prise en charge des personnes en situation d'obésité complexe ?

Nous avons fait l'hypothèse que l'absence de définition consensuelle de l'obésité complexe avait empêché la dévolution de ressources adaptées au CSO et corrélativement une réponse en termes d'offre de soins insuffisante concernant ces parcours complexes.

En effet, la réponse chirurgicale peut sembler efficace puisqu'elle permet une perte de poids rapide mais sa pertinence dans le cas des obésités complexes peut être discutée. Plus particulièrement, inscrire les patients complexes dans une démarche chirurgicale nécessite un accompagnement global des patients qui demeure à ce jour insuffisant que ce soit en amont et surtout en aval du geste chirurgical. On peut estimer que le suivi des patients en médecine de ville demeure défaillant. Le suivi de ces patients et la coordination de leur parcours de soins repose donc sur les CSO dont les ressources propres sont faibles comparativement à leurs missions et les recettes exclusivement liées à l'activité hospitalière (recettes T2A). Or la T2A ne permet ni la reconnaissance des actes extra-médicaux réalisés dans le cadre du parcours ni une rétribution à hauteur de la complexité du cas pris en charge.

En définitive, le parcours des personnes souffrantes d'obésité complexe est pertinent dans le sens où les CSO constituent le bon niveau d'expertise concernant la prise en charge et la coordination du parcours. Cependant des propositions ayant pour but d'adapter davantage le système de santé à la prise en charge de ces patients doivent être mises en œuvre afin de garantir la prise en charge de ces cas *hors normes*. Il s'agit, d'une part, d'optimiser la prise en charge par une nouvelle classification visant à mieux expliciter la complexité des parcours et améliorer leur financement. D'autre part, il est nécessaire de soutenir le développement de liens étroits avec les structures extrahospitalières et de rééducation ; il semblerait pertinent de développer un réel maillage territorial autour des CSO/CIO et sous leur supervision visant la coordination des acteurs d'un territoire et leur formation. Enfin, la prévention des obésités est à mettre en exergue dans une politique de santé publique forte en lien avec les médecins de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>nd</sup> recours et par le développement de la recherche.

**Mots clés : Obésité ♦ Parcours de soins ♦ Obésité complexe ♦ Pathologie nutritionnelle ♦ Organisation des systèmes de santé ♦ Centres spécialisés ♦ Filières de prise en charge ♦ Financement au parcours ♦ Chirurgie bariatrique**

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*