

LA SANTÉ PUBLIQUE
EN ACTION(S)

AMÉLIORER

la prise en charge
des « obésités complexes »



PRESSES
DE L'EHESP

AMÉLIORER la prise en charge des « obésités complexes »

DÉFINITIONS

Obésité, surpoids : la qualification médicale de l'obésité s'appuie sur la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) correspondant au rapport du poids de la personne (en kg) sur le carré de sa taille (en m). L'IMC constitue l'indicateur de référence permettant de définir un seuil de surcharge pondérale : un adulte est considéré obèse quand son IMC est supérieur à 30. Toutefois, ce critère partagé au niveau de l'OMS ne suffit pas à rendre compte de l'intégralité de la pathologie métabolique.

Obésité complexe : notion récente émergeant des Centres spécialisés de l'obésité (CSO) et Centres intégrés de l'obésité (CIO), réseau de 37 structures hospitalières issues du Plan Obésité 2010-2013 ayant pour vocation la prise en charge de recours des obésités. L'obésité complexe repose sur plusieurs déterminants (biologiques, environnementaux, socio-économiques) auxquels peuvent s'associer de multiples comorbidités (pathologies cardio-respiratoires, articulaires, psychologiques, sociales, etc.). De ce fait, il existe des obésités complexes dont les parcours se complexifient en raison de la surcharge pondérale et de la perte d'autonomie, aboutissant à la nécessité d'une assistance médicale, sociale ou technique pour les actes de la vie quotidienne.

PROBLÉMATIQUE/ENJEUX

La prise en charge des obésités complexes ne peut être réduite à la seule dimension médicale. Elle nécessite une approche holistique, médicale, psychologique et sociale adaptée à l'individualité du patient. Celui-ci peut être pleinement acteur de sa santé afin de garantir le succès de la prise en charge sur le long terme. Elle nécessite donc une structuration particulière de l'offre de soins. Le Plan Obésité recommande d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients en travaillant sur la coordination et les réseaux, en donnant plus d'espace aux établissements de soins de suite et de réadaptation, et en créant des centres spécialisés où les professionnels travaillent en collaboration et dans l'interdisciplinarité. Malgré cela, on constate encore aujourd'hui que la prise en charge des obésités complexes n'apporte pas toujours la réponse espérée. Est-ce en raison de l'absence de consensus formel en matière de définition scientifique ou juridique ? de moyens financiers et humains ne permettant pas d'atteindre le niveau de performance souhaitée ? ou encore d'un maillage territorial défaillant ?

EN PRATIQUE

Si les patients suivis dans les CSO bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, diététique, psychologique et sociale), il apparaît qu'en dehors de ces centres, la coordination de la prise en soin est perfectible. Dans la pratique, les patients ne parviennent souvent pas à obtenir une prise en charge pluridisciplinaire et experte de longs cours, aboutissant à des ruptures et des abandons dans le parcours de soins.

Ces ruptures sont illustrées par le cas d'un sans-domicile fixe en situation d'obésité massive, compliquée par de nombreuses comorbidités et dont l'état de santé est très détérioré. Celui-ci a été adressé à un CSO après un passage par les urgences. Il y est resté plusieurs mois après stabilisation en l'absence de relais social à l'extérieur. À sa sortie, son état de santé s'est de nouveau dégradé puisqu'aucun suivi n'a pu être mis en place. Il a alors été réadressé au CSO où une prise en charge de long cours en service de soins de suite a été mise en place et a permis de travailler un projet de sortie. Du fait de sa précarité, la prise en charge chirurgicale n'est jamais apparue pertinente.

Ce cas permet de mettre en lumière la décorrélation entre sévérité médicale et complexité des parcours. Il illustre également les lacunes en termes de prévention médicale et sociale de l'obésité, le manque de relais en dehors des CSO et le besoin d'une prise en charge globale de la pathologie.

RECOMMANDATIONS

Proposition n° 1 : Optimiser les prises en charges par une gradation partagée de la complexité par les CSO

- Établir un outil de recueil et de gradation des obésités complexes: la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) doit fixer comme objectif aux CSO et CIO de converger vers un outil de classification et de recueil partagé et consensuel, dans le but de déterminer un score de complexité soulignant l'intensité de l'investissement à mettre en œuvre pour ces patients.
- Mettre en place des modes de financement innovants: les financements des CSO doivent être modulés en fonction de la complexité des cas de prise en charge. Le traitement de l'obésité justifierait également une prise en charge à long terme, financée par un forfait rémunérant le parcours et non les actes techniques, qui ne constituent pas l'essentiel des ressources mobilisées dans la prise en charge.

Proposition n° 2 : Faire des CIO les coordonnateurs d'une prise en charge territorialisée et désinstitutionnalisée

- Fédérer les professionnels hospitaliers, libéraux et sociaux du territoire autour des CSO-CIO. La contractualisation des acteurs avec les CSO permettrait de coordonner, d'harmoniser, de hiérarchiser et de déshospitaliser les prises en charge.
- Parallèlement, former ces professionnels par le biais des CSO et CIO, centres d'expertise et d'appui.

Proposition n° 3 : Prévenir en amont les obésités complexes

- Réduire l'incidence des obésités et la prévalence des obésités complexes par une politique de prévention de l'obésité efficace et globale, et par une sensibilisation des médecins à ce problème de santé publique.
- Développer la recherche par la création d'une filière nationale dédiée (fédérant recherche médicale et en sciences sociales, associations d'utilisateurs) coordonnée territorialement par les CSO-CIO.

3 IDÉES CLÉS À RETENIR

- ① **La prise en charge des parcours complexes est émergente; le cloisonnement des prises en charge et l'isolement des CSO ne permettent pas d'y apporter une réponse suffisante.**
- ② **La coordination du parcours avec les professionnels de ville et les acteurs sociaux est insuffisante et représente un facteur d'échec dans le traitement médical ou chirurgical.**
- ③ **Il semble pertinent de proposer une offre de soins graduée par une classification commune des obésités complexes, et d'adapter les dotations des CSO.**

Pour aller plus loin

Ministère des solidarités et de la santé, *Plan Obésité 2010-2013* [En ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf]

Ministère des solidarités et de la santé, *La gradation des soins dans le Plan Obésité*, décembre 2016.

Ministère des solidarités et de la santé, « 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) », *JO*, janvier 2017.

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

Ziegler O., « Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. Synthèse et propositions », *Obesity*, 2014, n° 9, p. 225.

Module interprofessionnel de santé publique (MIP) 2018

Les « obésités complexes » : essai de définition, prises en charge actuelles, enjeux et perspectives, dirigé par Nathalie Gourmelon.

Les auteurs

Fanny ANDRIEUX (D3S), Élodie BAU (AAH), Nicolas DELMAS (DH), Dalila DJEDIDI (AAH), Bruno DUCLOS (DS), Gautier FLAMAND (D3S), Julien GALLAUD (DH), Jemima LEMIRE (D3S), Grégoire MATHIEU (DH), Luc-Olivier SAUVÉTRE (DS).

Note de synthèse sélectionnée par un jury composé de l'éditeur, de la direction de recherche de l'EHESP, de Jean-Marie André, Olivier Blanchard, Lydia Lacour et Emmanuelle Leray.

Module interprofessionnel de santé publique
(MIP) 2018

Conception/Réalisation : Presses de l'EHESP.
© 2018, Presses de l'EHESP.