

Filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté :

Diagnostic régional et pistes d'actions

« Les sociétés contemporaines créent des obèses mais elles ne les supportent pas » Jean Trémolières (1975)

Introduction

L'obésité est une maladie chronique, définie par un excès de masse grasse. Elle a pour conséquence une augmentation du risque de nombreuses pathologies : cardio-vasculaires, diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension artérielle, dépression et nombreux cancers.

La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente en France. En 2012, 15 % de la population nationale se trouvait en situation d'obésité contre 8,5 % en 1997.

Pour répondre à cette problématique, le parcours de prise en charge de l'obésité chez l'adulte doit s'articuler idéalement autour de **3 niveaux, 3 recours**¹ :

Le niveau 1 : recours de proximité, il correspond principalement aux **médecins généralistes**. Il a **trois fonctions** : celle de diagnostic, orientation, traitement, celle d'assurer le suivi des patients et la **coordination de leurs parcours** (y compris dans le secteur médico-social), celle d'être le **relais des politiques de santé publique** dont la prévention, le dépistage et l'éducation pour la santé.

Le niveau 2 : les **secteurs ambulatoire** (spécialisé) et **hospitalier** (infrarégional) et plus particulièrement **les spécialistes de la nutrition**.

Le niveau 3 : les centres spécialisés obésité ont deux missions : la **première** est la **prise en charge pluridisciplinaire** de l'obésité sévère, la **deuxième** est **l'organisation de la filière de soins** dans les régions.

L'Agence Régionale de Santé a sollicité l'ORS pour « réaliser un état des lieux sur la filière de prise en charge de l'obésité adulte en Bourgogne-Franche-Comté, allant de la prévention et du repérage/dépistage à la prise en charge de troisième recours ». Cet état des lieux a pour finalité de mettre en place ou renforcer le maillage libéral et hospitalier public-privé, sur tout le territoire Bourgogne-Franche-Comté, en améliorant l'efficacité, la coordination, et la proximité avec les patients.

Ces éléments doivent permettre *in fine* de proposer des modalités de travail pour la mise en place d'un réseau pour la prise en charge adulte.

¹ Instruction n°dgos/r4/2013/222 du 3 juin 2013

L'état des lieux a pour objectif d'identifier :

- les ressources de cette filière,
- les territoires non couverts,
- les besoins exprimés, par les usagers et par les professionnels, quantifiés pour assurer une prise en charge de qualité, sur tout le territoire, pour les adultes en situation d'obésité,
- les initiatives locales.

Méthode

Pour répondre aux objectifs, deux types de collectes de données ont été réalisés : une approche quantitative par questionnaire et une approche qualitative par entretiens semi-directifs.

L'enquête par **questionnaires** a été menée auprès des médecins généralistes, psychologues, diététiciens, masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, endocrinologues, chirurgiens (chirurgie digestive), psychiatres, animateurs Activité physique adaptée (APA).

En outre, les **structures** suivantes ont également été interrogées : maisons de santé pluri professionnelles (MSP), Soins de suite et de réadaptation (SSR) digestif et SSR polyvalent adultes, établissements chirurgie de l'obésité.

S'agissant des entretiens, 4 entretiens de groupes de professionnels ont été réalisés : 2 Centres spécialisés obésité (CSO), 2 groupes de professionnels libéraux : Bourgogne et Franche-Comté.

20 entretiens individuels de patients ont été réalisés : 10 ayant eu recours à une chirurgie (5 Bourgogne, sélectionnés par le CSO et 5 Franche-Comté, sélectionnés par le CSO FC et Eliséa), 10 sans recours chirurgical (5 Bourgogne, sélectionnés par les associations de patients (pèse plume) et 5 en Franche-Comté, sélectionnés par CSO FC et Eliséa).

Prise en charge actuelle, réalités régionales

Le parcours non chirurgical

Acteurs régionaux du parcours non chirurgical



• 1^{er} recours de prise en charge

Les médecins généralistes estiment que l'obésité est une pathologie complexe qui nécessite une approche globale et multidisciplinaire. 8 médecins généralistes sur 10 déclarent accompagner les patients en surpoids ou en obésité vers une logique de perte de poids. Ils sont également 8/10 à mesurer systématiquement l'Indice de masse corporelle (IMC) à la première consultation puis régulièrement chez leurs patients.

Toutefois, le discours des patients montre que beaucoup de professionnels ne repèrent pas ou ne dépistent pas systématiquement l'obésité de leurs patients. L'accompagnement vers une prise en charge adéquate en 2^e ou 3^e recours est souvent inégal.

Difficultés

Ces divergences entre pratiques déclarées par les médecins généralistes et discours des patients s'expliquent notamment par un manque de connaissance et de formation des professionnels sur la thématique de l'obésité, des programmes et structures de prise en charge. Surtout, mesurer un poids, un IMC, ou penser accompagner un patient sur ce point ne signifie pas que les messages soient traduits et intégrés sur ce versant par les patients.

Les **temps de consultations raccourcis**, les **représentations négatives** des professionnels de santé semblent être un frein à la bonne connaissance des pratiques concernant la prise en soins de l'obésité.

Les médecins généralistes listent des difficultés dans la prise en charge :

- **caractéristiques des patients,**
- **manque de formation,**
- dans quelques cas, **manque de motivation des médecins,**
- **complexité de la prise en charge** (souvent non reconnues financièrement),
- **coût de la prise en charge par des psychologues et diététiciens** pour les patients
- et **manque de coordination.**

Principaux points forts

Ce sont essentiellement un **renforcement de l'offre spécifique** vers ces populations et, dans certaines situations, une **amélioration de la coordination** entre professionnels.

• 2^e recours

Les établissements de santé de courts et moyens séjours

Les patients n'ayant pas ou ne pouvant pas avoir recours à la chirurgie semblent se tourner principalement vers des professionnels du 2^e recours et particulièrement vers des **offres d'hospitalisation de jour ou de semaine** mises en place par des SSR. Un travail **partenarial** est organisé entre les différents professionnels afin de **déconstruire les constructions sociales et représentations incorporées par les patients** notamment concernant l'alimentation et l'obésité. Le travail psychologique permet également, de **démêler les relations qu'entretiennent les patients avec la nourriture**. 7 établissements sur 8 mettent en place un bilan initial pluridisciplinaire.

Il semble que les **rôles attribués au 2^e recours glissent petit à petit vers du 3^e recours que les CSO n'ont pas la capacité de prendre en charge** pour différentes raisons (financement des consultations, manque de temps, manque de place au sein des services, de matériel et de lits adaptés au public...).

Médecins spécialistes et professionnels paramédicaux : pratiques cliniques

Les entretiens montrent une hétérogénéité des pratiques selon que ces pratiques sont institutionnalisées (autour d'un SRR par exemple) ou libérales.

Les établissements de prise en charge (CSO ou SSR) peuvent également orienter les patients vers des professionnels de santé en ville ou à l'hôpital. Toutefois, quelques difficultés sont rencontrées notamment le manque de professionnels disponibles et les délais d'attente de consultation dans le secteur public (davantage accaparé par le parcours chirurgical). De plus, la question des moyens financiers se pose pour les paramédicaux libéraux (psychologues, diététiciens) dont les consultations ne sont pas ou peu remboursées.

Difficultés

Les **médecins spécialistes** décrivent des difficultés essentiellement liées aux patients et à **l'ambivalence de la société qui produit l'obésité** et la stigmatise. Ils notent des **problématiques de prise en charge**, soit liées à une **absence ou à une méconnaissance de l'offre, soit à son accessibilité financière**. Les professionnels **paramédicaux** précisent également des difficultés souvent liées au manque de prescription et aux caractéristiques des patients. Ils pointent fortement les problématiques de prise en charge, notamment en pré chirurgie et également **des difficultés de coordination**. De plus, des disparités en termes de pratiques ont été observées.

La question de la suite de leur intervention est posée : celle des moyens donnés aux patients afin de pérenniser cette prise en charge.

Si certains SSR organisent **des journées de suivi lors desquelles un bilan complet est réalisé** pour les patients ayant participé, celles-ci ne sont pas systématiquement proposées par les établissements et incombent à la responsabilité du patient.

• 3^e recours

Prise en charge : un parcours de référence

L'équipe du CSO propose une **prise en charge nutritionnelle** grâce au suivi de l'endocrinologue et du diététicien, nutritionniste ainsi qu'un **accompagnement psychologique**. Un travail de réorganisation comportementale est assuré dans le but de démêler les idées préconçues incorporées tout au long du parcours du patient. La culpabilisation, la frustration et l'effet néfaste des régimes sur le long terme sont abordés.

Un travail partenarial important existe avec les SSR sur le versant psycho-nutritionnel des patients les moins « complexes ».

Principales difficultés rencontrées

D'une façon globale les professionnels rencontrés soulignent :

- le **paradoxe entre directives, recommandations nationales et budget alloué** ainsi que l'intérêt porté à la prise en charge des personnes en situation d'obésité.
- Les consultations diététiques et psychologiques sont exclues de la tarification à l'activité et ne sont donc pas valorisées et donc très peu rentables pour l'institution.
- Les **disparités territoriales** et le **manque de professionnels formés** à ces problématiques entraînent des difficultés à orienter les patients.

- **Les associations d'usagers**

Elles peuvent **contribuer à la prise en charge et à l'orientation** des patients vers les structures ou professionnels adéquats. Historiquement, ces associations émanaient principalement de médecins ou de soignants puis la parole des usagers se libérant, elles sont de plus en plus portées par des patients.

Leur **rôle premier de soutien** des associations semble glisser vers la notion de **groupement de patients experts** intervenant directement dans les réflexions décisionnelles, ainsi que dans l'orientation et la prise en soins des patients. Ainsi, les patients adhérents peuvent rencontrer des professionnels de santé au sein de l'association (diététiciens, sophrologues, psychologues) et participer à des **ateliers d'éducation pour la santé** (ateliers cuisine, groupe de parole, ateliers socio-esthétique...).

Ces acteurs prennent une **place primordiale dans le parcours** de prise en charge des patients et leur permettent de bénéficier d'un accompagnement grâce aux cotisations d'adhésion. La crainte et l'autorité que peut incarner la « blouse blanche » est ici atténuée grâce à la rencontre informelle de patients plus « expérimentés » et « avancés » dans leurs prises en charge. Contrairement aux professionnels de santé accaparés par l'aspect technique de la prise en soin, l'association de patients se place comme réseau ayant une bonne connaissance de ce qui est pratiqué sur le territoire.

- **Principales limites**

Manque de formation sur la thématique de l'obésité et sa prise en charge

Manque de visibilité, coordination entre les différents recours

Accessibilité financière

Manque d'intérêt porté à cette prise en charge

Disparités territoriales

Disparités des pratiques

Le parcours de chirurgie bariatrique

Acteurs régionaux du parcours chirurgical



- **Parcours préopératoire**

Le parcours préopératoire s'organise sur un temps long autour d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Suivi nutritionnel

L'accompagnement doit associer une prise en charge nécessaire à la perte de poids et au maintien de celle-ci, des actions de prévention et/ou de prise en charge des complications nutritionnelles liées à cette chirurgie.

Cette **préparation diététique est une phase importante en raison de son impact ultérieur sur la réduction des complications et sur leur niveau de gravité.**

Suivi psychologique

Le **suivi psychologique apparaît primordial** avant l'opération. Il peut permettre aux patients de comprendre les mécanismes qui les conduisent à leurs comportements alimentaires et « **d'aborder le rôle des facteurs psychologiques dans l'étiologie de leurs troubles** ». Les motivations à une telle chirurgie sont investiguées. Ce suivi permet également de mettre en garde les patients sur les complications psychologiques que peut impliquer une chirurgie de l'obésité.

Des disparités d'inclusion dans le parcours chirurgical sont mentionnées, souvent liées aux types de secteur d'activité. Les **critères d'inclusion préconisés par la HAS ne sont pas toujours pris en compte et respectés**, notamment face aux **délais de prise en charge, au suivi et aux techniques chirurgicales** à employer. Certains établissements **contournent les recommandations**. L'opération devient **lucrative** et s'organise autour d'un **système marchand**. Les délais de prise en charge courts incitent les patients à se faire opérer plus rapidement sans pour autant avoir de suivi.

Vision des professionnels concernant la chirurgie

Les professionnels médicaux et paramédicaux ont des points de vue très mitigés sur la chirurgie bariatrique. Pour certains, la **vision est positive**, d'autres plus nuancés semblent convaincus par la technique mais posent les **limites, souvent liées au respect des recommandations** notamment en pré chirurgie et en post chirurgie. Ils posent aussi la **question du devenir à long terme des patients opérés** qui reste encore peu exploré dans la littérature et peu connu dans leur expérience. Enfin, certains professionnels **s'opposent clairement à ce type de thérapeutique**.

Des **réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)** sont organisées entre professionnels de l'obésité afin de discuter de l'indication chirurgicale. Elles peuvent réunir des médecins, chirurgiens, paramédicaux, de différents secteurs : privé et public, professionnels libéraux et salariés.

En Bourgogne-Franche-Comté, elles **ne sont pas uniformisées et dépendent des logiques de territoires et d'acteurs**. Organisées par anciennes régions (la Franche-Comté en ayant une et la Bourgogne plus de cinq), tous les acteurs n'y participent pas.

Cette volonté de certains établissements ou professionnels à ne pas participer aux RCP et plus particulièrement à la filière régionale de prise en charge repose sur des logiques personnelles et d'établissements. De plus, il semble qu'elles ne soient pas perçues par les professionnels comme un lieu d'expression des avis de chacun et de décision, l'avis chirurgical primant sur la décision.

- **Parcours postopératoire**

Dans les Centres Spécialisés Obésité (CSO)

Le rôle des CSO dans la prise en charge postopératoire est de poursuivre le suivi chirurgical, nutritionnel, clinique et psychologique des patients soit en les prenant directement en charge, soit en les orientant vers des structures ou professionnels adéquats.

Le **suivi en CSO concerne principalement l'accompagnement des suites chirurgicales ainsi que le suivi des constantes biologiques et des carences vitaminiques** que peuvent impliquer les différentes techniques. L'accompagnement psychologique et diététique est davantage délégué aux premier et deuxième recours soit dans le cadre de séjour en SSR ou de partenariat en libéral du fait d'un manque de moyens (temps, professionnels disponibles et valorisation de l'activité) des CSO.

Dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation

Certains CSO proposent obligatoirement un accompagnement pluridisciplinaire vers un SSR après l'opération, avant le retour à domicile. Le but est d'accompagner à la réalimentation, progressivement, et d'ancrer de nouvelles pratiques de repas, de nouveaux comportements dans la vie quotidienne des patients.

La prise en soin dans les SSR s'apparente à de l'éducation pour la santé, de l'éducation thérapeutique, au même titre que celle proposée dans le cadre d'un parcours sans chirurgie.

En libéral et dans les établissements privés

La prise en charge postopératoire **par des professionnels du secteur libéral ou dans certains établissements privés** est hétérogène.

Peu d'établissements privés proposent un suivi diététique et psychologique. Lorsque c'est le cas, la prise en charge implique des coûts supplémentaires pour le patient.

Protocole de réalimentation

Si la plupart des établissements respectent un **protocole de réalimentation**, certains ne dispensent pas toutes les informations nécessaires aux patients qui se trouvent dès lors isolés face à des difficultés importantes. Certains se tournent vers d'autres modes d'information tels qu'internet ou les associations de patients.

Limites du parcours chirurgical

Le manque de formation et de connaissance, le **non respect des recommandations de suivi** peuvent entraîner de véritables manques dans la prise en charge dont les conséquences peuvent être dramatiques pour les patients. Par exemple, une carence de vitamine B1 provoque des troubles des fonctions supérieures : démences, état d'alcoolisme. Perfuser ces patients avec du sucre conduit à détruire les cellules cérébrales.

En Bref...

- Disparités de pratiques territoriales et sectorielles
- Non respect des recommandations d'inclusion, de suivi, et de techniques chirurgicales
- Manque de connaissances sur les complications liées à la chirurgie et aux conséquences à long terme
- Accessibilité financière en 2^e recours
- Non remboursement de tous les compléments vitaminiques

- **Suivi à deux ans post-opération**

Les risques de reprise de poids et l'arrêt du suivi

Le **suivi médical, nutritionnel et psychologique est varié. En général, il s'atténue** au bout de deux ans pour ne devenir que sporadique, avec quelques consultations (1 ou 2) par an sous forme de contrôle. Pour d'autres le **suivi est totalement absent**, soit du fait d'un manque d'information et d'orientation vers des professionnels adéquats, soit du fait d'une volonté du patient.

Les réalités sont plurielles mais laissent transparaître un **manque d'homogénéité dans les pratiques**.

Chirurgie réparatrice : une inégalité d'accès aux soins

La chirurgie réparatrice peut être envisagée 18 mois après l'opération sous condition d'un poids stable. Un avis favorable doit être donné par le chirurgien ou le nutritionniste en charge du suivi du patient.

Cette étape est assez peu évoquée par les professionnels lors des consultations avec les patients. Les **conditions de prise en charge financière** de cette chirurgie sont de plus en plus **encadrées**.

Les patients n'entrant pas dans les critères se voient dans l'obligation de supporter financièrement le coût pour faire pratiquer l'intervention. Une frustration s'installe chez ces patients ne pouvant pas « s'offrir » l'opération réparatrice, la chirurgie apparaît comme un moyen de tourner véritablement la page de l'obésité et constitue une finalité après de longs mois d'efforts.

Coordination des professionnels

Les **diversités de pratiques** génèrent des difficultés à créer des **partenariats** et un **maillage régional solide**. La multiplication des acteurs, les jeux de pouvoirs (concurrence, rivalité, volonté d'asseoir une notoriété...) entre ces derniers, un manque de formation important de la part de certains professionnels ainsi qu'une logique de soin orientée davantage vers le profit que sur la prise en soin, sont tout autant d'obstacles à la coordination et à l'organisation d'une filière de prise en charge régionale de l'obésité.

- **1^{er} recours**

Les modes de communication utilisés le plus fréquemment sont les **courriers, le téléphone, les mails**. À un niveau moindre, les **réunions** sont évoquées. Certains professionnels parlent de coordination par le biais du **dossier médical partagé**. Quelques professionnels déplorent un manque total de coordination.

Les médecins spécialistes reçoivent systématiquement des retours sur la prise en charge des patients par les médecins généralistes, à l'occasion de discussions, courriers, mails.

Par contre, moins de la moitié des professionnels paramédicaux déclare recevoir des retours de la part des médecins généralistes. Quand ils existent, ils prennent la forme de compte-rendu, courrier, mail ou échange oral principalement ou par téléphone, ou grâce au dossier de soins partagé.

Ces **manques d'informations et de communication peuvent être source de tensions** entre les différents professionnels des recours et **d'obstacles à la prise en soin**.

Les acteurs interrogés soulignent que le **travail est "naturel et très satisfaisant" lorsqu'il a lieu, en MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire) ou en GPS (Groupe de Professionnels de Santé)**. De **nombreux professionnels déplorent un partenariat inexistant avec les professionnels de santé libéraux**.

- **2^e recours**

Les modes de coordination sont essentiellement les **courriers** et plus rarement le téléphone, les mails et les réunions.

Les médecins généralistes déclarent, pour la plupart, recevoir des retours de ces acteurs (29/33), par le biais de **courriers** ou **comptes-rendus** principalement.

Les médecins spécialistes déclarent des modes de coordination plus fréquents notamment avec les CSO, les SSR, le REPPPOP, les RCP, ELISEA, réseau PREFORNUT.

Les professionnels paramédicaux notent **peu de contacts entre eux**, sauf dans le cas d'une pratique en MSP. Ils déclarent passer le relais à des structures hospitalières quand cela est nécessaire et "orienter" vers d'autres paramédicaux quand un besoin se fait sentir. Quelques professionnels évoquent leur présence en RCP mais ils sont peu nombreux.

Les points de vue des médecins sont différents sur le partenariat. Certains considèrent qu'il est "bon" sans précisions. D'autres **ont une vision un peu négative du partenariat** avec les établissements et spécialistes.

- **3^e recours**

Seule la moitié des médecins généralistes connaissent les CSO (17/33). Les médecins spécialistes sont 6/9 à les connaître.

Six établissements de santé sur huit déclarent les connaître. Les diététiciennes sont proportionnellement plus nombreuses à les connaître (2/3). Les médecins généralistes déclarent adresser leurs patients à ces centres, sans aucun autre **type de travail en commun avec les CSO**. Une confusion existe sur ce qu'est un CSO. Plusieurs médecins citent la **clinique du Chalonnais et de Valmy** comme étant un CSO.

Les médecins spécialistes orientent également leurs patients nécessitant des soins de niveau 3. Ils déclarent de très bonnes relations avec les praticiens des CSO.

Peu de paramédicaux travaillent directement avec les CSO. Certains se voient orienter des patients et d'autres incitent les patients à en discuter avec leur médecin généraliste. Quelques professionnels déclarent travailler avec eux en RCP. Un professionnel cite la participation à des formations et des conférences du CSO.

Les professionnels (médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux) et les établissements ayant répondu soulignent la **qualité de la prise en charge des CSO**. Leur **appui aux RCP** et **l'accessibilité des contacts**.

Les principales difficultés relèvent d'un **manque de moyen** se traduisant par le **peu de places**, les **délais d'attente** et le **manque de suivi en post chirurgie**. D'autres sont liées à un manque d'outils pour **améliorer la coordination, par exemple la création d'annuaires, la gestion d'un registre...** Enfin, certains **libéraux souhaiteraient avoir une place dans ces dispositifs**.

Actions locales et spécificités territoriales

Les acteurs mentionnent plusieurs spécificités territoriales, qui concernent soit une ex-région, soit des actions plus localisées. Ils ciblent soit des actions de prévention, de soins, de coordination, d'ETP ou de formation*.

Éducation thérapeutique du patient

- Prise en charge individuelle et groupes de parole, groupes de marche à l'initiative de l'infirmière ASALEE
- CPAM en centre d'examen de santé
- Action du CCAS pour permettre aux personnes obèses de reprendre une activité physique à faible coût

Réseaux et structures de référence

- REPPPOP
- COMET
- GPSPB
- PREFORNUT
- Asept
- Projet de journée au niveau université (SUMPPS)
- Réseau Résédia
- Réseau sport santé
- AFDN

Associations de patients

- Association ELISEA
- Association Pèse plume

Prévention

- Dans le cadre du PRE (Programme Réussite Éducative)
- Dans les écoles de Sens, dans certains centres sociaux (Joigny)
- Actions de l'association Poids et santé
- Groupe ressource nutrition
- Actions du Grand Chalon regroupant les différents acteurs de la nutrition
- Programme surpoids et obésité de l'enfant par l'espace santé prévention du Grand Chalon
- Actions visant les publics suivants : adultes, grossesse et surpoids, adolescents, personnes en situation de précarité (Clairvaux les Lacs, Orgelet, Moirans en Montagne, Lons le Saunier)
- Détection des enfants scolarisés (école primaire) par l'infirmière référente (Belfort)

* Ces éléments ne représentent pas l'ensemble des ressources de la région, mais sont ceux cités par les personnes ayant répondu à l'enquête.

Pistes d'amélioration

Plusieurs axes de préconisations ont été identifiés, ils concernent :

- L'amélioration de la prise en charge
- L'amélioration du réseau de prise en charge et du maillage régional
- La formation et l'amélioration des connaissances

● L'amélioration de la prise en charge

Les professionnels et les patients ont exprimé leurs souhaits concernant les trois niveaux de prise en charge.

Pour le 1^{er} recours et le 2nd recours ambulatoire

- Améliorer l'accessibilité physique des personnes
- Améliorer l'accessibilité financière par une valorisation des consultations spécifiques (durée des consultations, complexité de la prise en charge) pour les professionnels (médecins,

psychologues et diététiciens) mais aussi par un remboursement de ces consultations par l'assurance maladie pour qu'elles soient accessibles aux patients.

- Améliorer la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques
- Travailler sur les représentations négatives qu'ont les professionnels sur les patients, conduisant à un manque de motivation à leur prise en charge
- Lever les freins aux prescriptions de soins diététiques et psychologiques par les médecins généralistes et spécialistes (ambulatoire et hospitaliers)
- Informer les professionnels sur les structures adaptées à la prise en charge

Pour le 2nd recours hospitalier

- Travailler sur les critères de la HAS concernant la durée du suivi pré opératoire (suivi psychologique et nutritionnel) et post opératoire
- Homogénéiser la délivrance de l'information au patient
- Prendre en compte les problématiques économiques, sociales, familiales
- Faire consensus sur les techniques chirurgicales à employer
- Questionner l'accès à la chirurgie réparatrice

Pour le 3^e recours

- Développer un service spécifique au sein des CHU (unité fonctionnelle avec une activité propre codée dans le PMSI)
- Développer l'intérêt institutionnel sur les CSO dans les CHU
- Créer une codification de certaines activités : consultations diététiques et psychologiques, coordination et formation, et l'utiliser pour valoriser ces actes
- Réduire les délais de prise en charge
- Travailler sur les représentations de la chirurgie chez les professionnels
- Questionner l'accès à la chirurgie réparatrice

Pour les associations de patients

- Développer l'offre de services des associations d'utilisateurs
- Mettre en lien les différentes associations du territoire et interroger l'utilité d'une union ou d'une fédération.

● **Amélioration du réseau de prise en charge et du maillage régional**

Les préconisations proposées par les professionnels et les patients pour améliorer la coordination concernent autant la coordination bilatérale entre les professionnels que les liens dans les structures pluridisciplinaires, ainsi que les outils et le réseau d'appui.

Les modes de coordination bilatéraux

Améliorer la connaissance des uns et des autres

- Création d'un annuaire téléphonique des professionnels (libéraux et hospitaliers), accessible uniquement aux médecins

Créer les conditions de la coordination

- Partage des dossiers médicaux
- Avoir plus de temps et de partenariat dans les zones géographiques isolées
- Améliorer la communication dans les réunions pluriprofessionnelles et le patient

Les modes de coordination par le biais des structures territorialisées (MSP et GSP, potentiellement plateformes d'appui territoriales)

Généraliser l'organisation de la prise en charge des personnes obèses dans les maisons de santé pluridisciplinaires selon 3 modalités :

- Des réunions de l'équipe pluridisciplinaire
- L'inscription de l'obésité dans les pathologies mentionnées au sein du règlement arbitral comme pouvant donner lieu à des concertations
- La mise en œuvre d'actions ETP

Développer l'organisation de la prise en charge des personnes obèses dans les groupements de professionnels de santé ou les plateformes d'appui territoriales selon 3 modalités pour la supervision des cas complexes et le développement de l'ETP

- Des réunions de l'équipe pluridisciplinaire
- La mise en œuvre d'actions ETP
- Des études de cas

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)

- Questionner la structuration territoriale des RCP en Bourgogne
- Faire des RCP l'instance décisionnelle pour le choix de la réalisation d'actes de chirurgie où tous les points de vue peuvent être exprimés

De nouveaux outils pour la coordination

Développer l'implantation des nouveaux outils de communication

- Réunions dématérialisées
- Plateforme d'échange sécurisée
- Accès à un dossier partagé en ligne
- Patient connecté avec une application qui permet de relier patient / médecin traitant et centre spécialisé

Les attentes en termes de coordination pour le réseau d'appui

Une coordination régionale

- Aide à la diffusion et transmission de bonnes pratiques pour le 1^{er} et le 2^e recours
- Aide à la création du regroupement de professionnels de ville
- Aide au travail avec un public scolaire
- Aide à la rédaction de document, compte rendu type, liste de document et de suivi type pour ces prises en charge : uniformiser les outils
- Coordination de la prise en charge de l'obésité adulte en précisant le rôle de chacun et les critères d'orientation des patients
- Inclusion des diététiciens notamment libéraux à ce maillage grâce à un appui financier pour ces professionnels

Une communication sur les modalités de prise en charge

- Mise en place de lieux ressources pour tous les praticiens prenant en charge ces patients
- Développement du lien avec les associations de patients
- Organisation de rencontres entre CH et CSO

Un support pour la réalisation d'actions

- Accorder des moyens ou procéder à un recensement des financements possibles d'action
- Valoriser les expériences vécues par les patients : Journées de rencontre entre patients, temps d'échanges entre les patients, leurs familles et les professionnels
- Réaliser une veille bibliographique
- Questionner l'existence de lobbies agroalimentaires, faire diminuer les publicités pour les produits gras et sucrés
- Sensibiliser les patients au recours vers des modes d'approvisionnement court et en phase avec les recommandations nutritionnelles et diététiques.

Des réticences ou méconnaissances à lever

- Questionner les liens et les missions des réseaux existants et des acteurs de la prévention sur ce champ : COMET, réseau Bourgogne obésité, Résédia, PREFORNUT, Réseau sport santé, ASEPT...
- Travailler avec le Reppop, réseau le plus identifié dans la prise en charge des enfants obèses.

Impliquer les professionnels libéraux et les associations de patients

- Intégrer et écouter les professionnels libéraux, en attente forte sur ce point (dont les MSP)
- Impliquer les associations de patients et les renforcer en Bourgogne

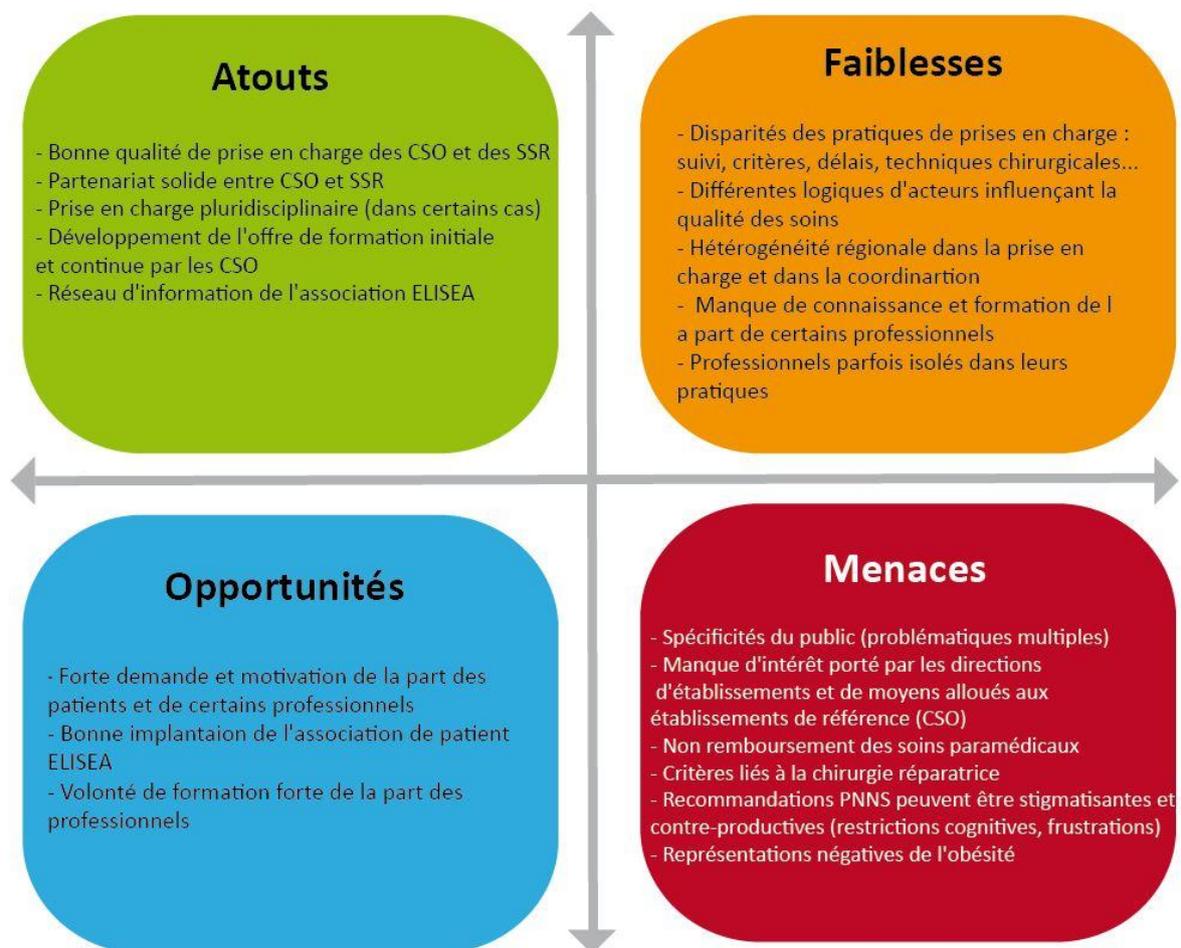
• Formation initiale et continue

Les professionnels ont exprimé leurs souhaits concernant l'amélioration des formations spécifiques concernant l'obésité tant en formation initiale que continue :

- Développer dans les cursus des professionnels de santé les thématiques de la nutrition et de la prise en charge des personnes obèses
- Identifier les différentes formations sur la prise en charge et l'ETP spécifiques à l'obésité et les qualifier
- Travailler avec les organismes de formation professionnelle (FMC,...)
- Donner un rôle au réseau d'appui en termes de formation (partage d'expériences et partage de compétences, outils pratiques pour animer des ateliers,...).

Synthèse des atouts et difficultés en BFC

La méthode AFOM (Atouts, faiblesses, opportunités, menaces) ou SWOT (Strengths, weaknesses, opportunities, threats) permet une présentation synthétique des principaux atouts et difficultés exprimés par les acteurs interrogés (professionnels et patients) par le biais des entretiens et des questionnaires sur la filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte.



ORS Bourgogne-Franche-Comté
 2 Place des savoirs – 21000 Dijon
 03 80 65 08 10
 contact@orsbfc.org
 www.orsbfc.org



Étude réalisée pour et avec le financement de
l'Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté
 2 Place des savoirs – 21000 Dijon
 www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr