



Inspection générale
des affaires sociales

Situation de la chirurgie de l'obésité

RAPPORT TOME I

Établi par

Dr Julien EMMANUELLI

Vincent MAYMIL

Pierre NAVES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

avec le concours de Cong-Tri THUONG, interne en santé publique

- Janvier 2018 –

- N°2017-059R -

SYNTHESE

Sous certaines conditions, la chirurgie bariatrique a sa place dans la prise en charge de l'obésité

[1] La chirurgie bariatrique est une intervention de dernier recours qui s'inscrit dans la prise en charge plus générale de l'obésité. Elle se justifie en cas d'échec du traitement médical, quand l'état de santé de la personne souffrant d'obésité sévère ou morbide le nécessite¹.

[2] Cette intervention dont l'efficacité est établie, est considérée comme lourde dans la mesure où elle comporte des risques liés à l'acte opératoire (complications de la chirurgie) et à ses conséquences sur le psychisme (apparition de troubles divers et parfois graves, décompensation) et la fonction digestive (carences nutritionnelles) des personnes opérées. De surcroît, on ne connaît pas à ce jour les effets à long et à très long terme² des modifications anatomiques qui en résultent.

[3] Pour toutes ces raisons, les indications doivent être soigneusement posées en termes de pertinence et de balance bénéfice risque. Ne devraient être opérées que les personnes qui en ont vraiment besoin. Les personnes et leur médecin traitant doivent être pleinement informés des enjeux et des contraintes liées à l'intervention³, notamment celle d'un suivi à vie. La préparation d'amont et le suivi post opératoire sont des éléments cruciaux du processus chirurgical. Ils doivent pouvoir être assurés dans de bonnes conditions pour toute personne opérée.

S'il peut s'expliquer par une conjonction de facteurs, l'essor très important de la chirurgie bariatrique en France n'est pas sans poser de sérieuses questions

[4] En France, le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique a triplé en dix ans pour s'établir à plus de 50 000 par an. Cet essor très important peut s'expliquer par l'augmentation des besoins (épidémie d'obésité touchant à ce jour 7,6 millions de personnes) et la large accessibilité de l'offre (grand nombre d'établissements et de chirurgiens réalisant de la chirurgie bariatrique, ...), par ailleurs peu régulée (peu de contrôles, absence d'autorisation et de seuil d'activité ...) et par son attractivité (liée notamment aux avancées de la chirurgie et aux remboursements par la sécurité sociale...) alors que les dispositifs alternatifs (dont l'éducation thérapeutique du patient / ETP) sont largement moins promus et disponibles.

[5] En terme de financement, la valorisation des séjours hospitaliers pour chirurgie bariatrique représente un volume économique d'environ 250 M€, soit de l'ordre de 300 M€ si l'on ajoute les honoraires des praticiens libéraux et les dépassements. Rapporté à l'ensemble de la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie bariatrique représente une part significative, notamment dans le secteur privé lucratif (23 % contre 8 % dans le secteur public et privé non lucratif). L'enjeu financier des séjours hospitaliers (hors suivi pré et post opératoire) reste donc modeste au regard de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

[6] L'essor important de la chirurgie bariatrique au cours des dernières années ne peut pas être expliqué par le niveau des tarifs. Le développement de la chirurgie bariatrique est sans doute lié à la progression de la demande (effet volume) et, du point de vue de l'offreur de soins, d'une part à la possibilité de proposer des prestations associées à l'opération, et d'autre part à l'intérêt de fidéliser par ce biais une « clientèle ».

¹ Dans sa présentation des résultats de la campagne IPAQSS 2016, la HAS indique que, « l'intervention ne peut être envisagée que pour les personnes souffrant d'obésité grave et uniquement en deuxième intention, après échec d'une prise en charge médicale comprenant un accompagnement diététique et psychologique et de l'activité physique », soulignant qu'il s'agit d'une « intervention lourde qui peut entraîner des complications et qui nécessite un suivi du patient à vie ».

² Plus de 20 ans pour les techniques de l'anneau et du bypass, et autour de 10 ans pour la sleeve, qui est la plus pratiquée.

³ Intervention aux effets irréversibles sauf (anneau) du fait d'une résection d'une partie de l'estomac et parfois de l'intestin.

[7] Si elle peut s'expliquer par ces éléments de contexte favorable, l'ampleur de cet essor de la chirurgie bariatrique est difficile à interpréter et pose de sérieuses questions.

[8] Concernant la pertinence des interventions, un faisceau d'éléments permet de dire qu'une part sans doute non négligeable des indications est excessive ou mal posée dans un contexte général de faible encadrement des pratiques. Les contrôles dont a eu connaissance la mission⁴ ont eu un effet sur l'activité, ce qui dénote un manque de rigueur dans le respect des indications. A contrario, il est également vraisemblable que des personnes obèses qui pourraient utilement bénéficier de la chirurgie bariatrique n'y ont pas accès.

[9] S'agissant de la qualité des prises en charge en amont et en aval des interventions, les résultats des campagnes IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins) et les éléments recueillis par la mission montrent des lacunes significatives dans la préparation des personnes (bilans, information des patients et des médecins traitants, organisation de RCP, ...) dont une partie importante ne bénéficieraient par ailleurs pas d'un suivi post-opératoire approprié, voire même de suivi.

[10] Sur un plan plus global, les niveaux de suivi et de régulation institutionnels de cette chirurgie ne sont pas la hauteur des enjeux de santé publique et de sécurité sanitaire, eu égard au manque de suivi et de contrôle de l'activité, à la faiblesse des moyens statistiques de connaissance des modalités de prise en charge de l'obésité, ainsi qu'à l'insuffisance d'analyses épidémiologiques, cliniques et médico-économiques du service rendu et des effets collatéraux de la chirurgie. Un dispositif d'encadrement des pratiques et de vigilance clinique et épidémiologique s'impose.

[11] En termes d'organisation des prises en charge, le recours à la chirurgie bariatrique, inégal selon les territoires, suggère une possible inadéquation de l'offre aux besoins. La mission relève une insuffisante connaissance de l'offre et des besoins ainsi que des carences dans la structuration des prises en charge marquées notamment par un manque de mobilisation et de coordination des acteurs. Faute de mise en œuvre de certaines dispositions importantes de leur cahier des charges par manque de pilotage, d'outils et de financement, les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) créés par le plan obésité 2011- 2013 n'ont, à cet égard, que partiellement réussi à articuler les différentes modalités d'intervention (établissements MCO et SSR, et professionnels, réseaux de santé, MPS, CS...) en vue d'améliorer les soins pluridisciplinaires aux personnes obèses les plus sévèrement atteintes et l'organisation territoriale de leur prise en charge.

[12] De manière plus générale, la prise en charge des personnes obèses sévères ou morbides, en alternative ou en amont et en aval à la chirurgie bariatrique (services de médecine, de soins de suite et de réadaptation ou en ville) est confrontée à des difficultés pour se développer comme il le faudrait. De surcroît, plus de la moitié des séjours en établissements de santé sont réalisés en « hôpital de jour » selon des modalités de financement incertaines qui tiennent à des différences d'interprétation selon les endroits d'une circulaire en cours de réécriture. Au total, très peu de parcours de soins, pourtant promus et dont les professionnels soutiennent la pertinence, sont organisés avec un financement stable. Le rôle pivot de coordination de la prise en charge des personnes obèses, garant du parcours de soins pré et post hospitalier, pourrait être assuré, sous certaines conditions, par le médecin traitant ou par une organisation de soins de ville (MSP, CS) ou par un établissement de santé, notamment un SSR.

⁴ Forte décroissance nationale observée en 2002 et 2003 suite à une campagne de contrôle de l'assurance maladie (de 16000 à 10 000, soit 38 % de l'activité), et plus récemment en 2016 29 % de demandes de remboursement récusées dans une trentaine d'établissements soumis à accord préalable (MSAP).

A cet égard, les pouvoirs publics, les établissements et les professionnels de santé doivent mieux s'organiser pour assurer une prestation à la fois pertinente, sécurisée et de qualité

[13] S'agissant d'un acte dont l'efficacité a pour corollaire des effets potentiellement graves, il n'est pas acceptable que la chirurgie bariatrique soit aussi peu encadrée et suivie. Des moyens ont certes été mis en œuvre pour réguler et mieux prendre en charge les flux de patients obèses mais ils doivent être revus et renforcés.

[14] L'évolution des pratiques intervenue ces dernières années doit ainsi faire l'objet d'une évaluation, avec notamment un focus sur la question des réinterventions, sur la manière de mieux explorer et de suivre la dimension psychique de la prise en charge, sur les conditions de prise en charge des mineurs et personnes de 60 ans et plus, sur l'intérêt de l'anneau et de l'optimisation de son usage, sur l'opportunité de certaines techniques (bypass en oméga, N-sleeve...) ou indications (chirurgie métabolique), sur les femmes en situation de procréer qui doivent faire l'objet d'un suivi gynécologique et obstétrical adapté compte tenu des effets de la chirurgie bariatrique sur la fertilité et la grossesse.

[15] Pour les mineurs, qui donnent lieu à un nombre d'interventions important (> 100), il est impératif de faire respecter les recommandations restrictives de la DGOS et de la HAS et de limiter les interventions à quelques centres spécialisés. De même, le caractère irréversible des interventions et les incertitudes à long terme imposent que l'innovation en matière de chirurgie bariatrique soit strictement contrôlée.

[16] Afin de mieux encadrer l'offre de chirurgie bariatrique et d'impliquer davantage les établissements dans l'accompagnement et le suivi post opératoire, la mission recommande de soumettre cette chirurgie à un régime d'autorisation multicritère inspiré de celui de la chirurgie des cancers, incluant un seuil minimum de 50 à 100 interventions par an.

[17] Pour mieux connaître et améliorer l'offre de soins autour de la chirurgie, la mission recommande de cartographier les besoins et les ressources médicales et paramédicales disponibles et de mobiliser divers moyens (diététiciens et psychologues cliniciens, structures de coordination...). Un accent particulier doit être mis sur les moyens d'améliorer le suivi post opératoire des patients (coordination, délégation de tâches, télé médecine, outils connectés...) en se donnant la possibilité d'évaluer leur efficacité clinique et médico-économique.

[18] Au regard de leur importance dans les parcours de soins, l'hospitalisation de jour, les soins de suite et de réadaptation, l'éducation thérapeutique du patient et l'admission au remboursement des consultations de diététiciens et de psychologues doivent être soutenus. Le rôle pivot du médecin traitant doit être consacré, sachant qu'il est l'interlocuteur naturel et inévitable des patients opérés et que son rôle dans leur suivi au long cours doit être renforcé. Dans une double logique de prévention et de pédagogie, il faut à cet égard mieux mobiliser les médecins traitants et les patients perdus du vu sur l'importance du suivi après une intervention de chirurgie bariatrique. Il faut également renforcer l'adhésion des patients.

[19] Modèle nécessaire au déploiement inachevé et auquel il n'a pas été donné les moyens de se développer, le dispositif des CSO doit être conforté sur des bases renouvelées. La mission préconise de leur attribuer un statut (groupement de coopération sanitaire de moyens) et de leur allouer les ressources nécessaires afin qu'ils puissent offrir à leurs patients un accompagnement préopératoire et à un suivi postopératoire dans le respect des recommandations de la HAS et qu'ils appuient plus clairement les ARS dans l'évaluation des besoins et l'élaboration de la stratégie de réponse à ces besoins. A cet égard, la mission propose notamment de lancer un nouvel appel à candidature pour actualiser la carte des CSO avant fin 2018, après mise à jour de leur cahier des charges.

Au-delà de la chirurgie bariatrique, il est indispensable de renforcer la politique générale de prise en charge de l'obésité

[20] Du fait de son développement épidémique et de ses conséquences sur le système de santé (multiplicité des maladies et des maux associées, essor de la chirurgie bariatrique, coûts sanitaire et social très élevés), l'obésité constitue à ce jour une problématique de santé publique qu'il est impératif de mieux prendre en compte. L'enjeu est notamment d'individualiser au sein des politiques publiques l'obésité comme une maladie chronique à part entière en ne la réduisant ni à ses facteurs de risques et comorbidités, ni à ses aspects chirurgicaux.

[21] La mission préconise de renforcer le repérage statistique de l'obésité et de sa prise en charge médicale et chirurgicale, insuffisants en l'état pour la traçabilité des personnes opérés, et l'évaluation de la sécurité et de la qualité des soins (analyse de morbi-mortalité, surveillance des effets à long terme) via la mise en place de suivis longitudinaux.

[22] La mission estime également nécessaire de développer la recherche clinique et épidémiologique, avec notamment comme objectif de mieux adapter les prises en charge au profil des patients et d'étudier des alternatives crédibles à la chirurgie bariatrique (traitement médicamenteux, ballonnet intra-gastrique, techniques réversibles et moins invasives, ...). De surcroît, une approche médico-économique des prises en charge doit être développée pour mieux en apprécier l'efficacité et les dépenses de santé ainsi évitées.

[23] Pour répondre à ces multiples défis, la mission souligne la nécessité d'une coordination plus efficace des différents acteurs institutionnels et des professionnels concernés, et d'un nouvel élan à donner aux CSO. En termes de pilotage, il est indispensable :

- d'élaborer et de mettre en œuvre rapidement, sur la base du présent rapport, un plan d'action doté d'une gouvernance participative et resserrée ;
- de demander aux ARS de faire de la prise en charge de l'obésité et de la régulation du recours à la chirurgie bariatrique un axe fort de leur PRS ;
- et d'évaluer l'offre de soins dans les Outre-mer⁵, territoires très fortement touchés par l'obésité (comme l'avait déjà pointé le plan obésité 2011-2013) et insuffisamment outillés pour y faire face.

[24] Compte tenu des incertitudes sur les besoins, l'offre, les effets à très long terme..., des enjeux de santé publique et de sécurité sanitaire, ainsi que de la dynamique de développement de la chirurgie bariatrique, la mission considère enfin indispensable de s'assurer de la bonne mise en œuvre du plan d'action dans trois ans et de procéder simultanément à une réévaluation de la situation de la chirurgie bariatrique.

⁵ En y ajoutant la Corse, territoire sans CSO.

INTRODUCTION

MANDAT ET COMPOSITION DE LA MISSION

[25] Par lettre en date du 15 mars 2017 en pièce jointe, la ministre des affaires sociales et de la santé a demandé au chef de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) :

- de réaliser un « état des lieux complet » de la chirurgie bariatrique tenant notamment compte de différents travaux et études en cours, de la pertinence des indications, de la diversité et de la conformité des pratiques en fonction de l'âge des patients et du lieu de l'intervention, du suivi des mesures d'accompagnement des patients, ainsi que des règles et pratiques de la tarification ;
- de présenter des propositions permettant une prise en charge, France entière, adaptée sur le plan organisationnel et tarifaire, favorisant l'adéquation des pratiques aux recommandations et garantissant la sécurité des patients à court et à long termes.

[26] Le chef du service de l'IGAS a désigné le docteur Julien Emmanuelli, Vincent Maymil et Pierre Naves, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, pour conduire cette mission qui s'est déroulée de mai à décembre 2017. Cong-Tri Thuong, interne en santé publique et stagiaire à l'IGAS, a par ailleurs apporté un précieux concours à la mission.

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

[27] En termes méthodologiques, la mission a été confrontée principalement à deux difficultés, la première liée au continuum entre prévention de l'obésité et chirurgie bariatrique, la seconde à la faiblesse des données disponibles.

[28] S'agissant de la première de ces difficultés, la dimension « prévention » de l'obésité n'entrant pas dans son mandat et ayant déjà été étudiée par l'IGAS en 2016⁶, la mission a essayé de centrer son analyse sur l'intervention chirurgicale proprement dite (incluant les aspects du processus de prise en charge qui précèdent et qui suivent directement l'intervention) et, plus généralement, sur la dimension curative du traitement de l'obésité. Mais la chirurgie bariatrique, dont la croissance exponentielle en fait une des principales réponses du système de soins à l'obésité sévère et morbide (2 millions de personnes), ne peut être totalement dissociée de son contexte aujourd'hui qualifié « d'épidémie d'obésité »⁷.

⁶ Rapport 2016-020R : « Evaluation du programme national nutrition – santé 2011 – 2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010 – 2013 » (juillet 2016 - Charles de Batz, Félix Faucon et Dominique Voynet).

⁷ En forte augmentation entre 1997 et 2006, hausse s'inscrivant dans une tendance mondiale de doublement du nombre de personnes obèses depuis 1980, la prévalence de l'obésité semble s'être stabilisée en France entre 16 et 17 % depuis une dizaine d'années. Marquée par un fort gradient socioéconomique (elle décroît avec le niveau d'éducation et le revenu), l'obésité touche 7,6 millions de personnes dans notre pays (dont 5,6 millions atteintes d'obésité modérée, 1,3 millions d'obésité sévère et entre 0,65 et 0,7 millions d'obésité morbide).

[29] L'étude de l'objet « chirurgie de l'obésité » à laquelle a procédé la mission n'a donc ainsi pu s'abstraire du fait que cette maladie évolue dans le temps et que, comme le recommandent les bonnes pratiques et la Haute Autorité de Santé (HAS)⁸, sa prise en charge dans le système de soins :

- commence par des actions de prévention primaire et secondaire, en amont d'une possible intervention chirurgicale, et idéalement par des actions de prévention tertiaire destinées à éviter le recours à une telle intervention,...
- ... et se poursuit en aval de cette intervention si elle a lieu, notamment par un suivi médical post opératoire de long terme.

[30] La seconde difficulté à laquelle la mission a été confrontée est la faiblesse quantitative et qualitative des données disponibles sur la chirurgie bariatrique, voire sur l'obésité en général. Le PMSI n'aborde que très indirectement l'obésité, et s'il fournit des informations détaillées sur la prise en charge chirurgicale des personnes obèses, il ne renseigne pas sur les actes réalisés en amont et en aval de l'intervention, actes pourtant déterminants pour apprécier la pertinence, la qualité du suivi et l'efficacité de cette dernière. En cours de définition par la SOFFCO-MM, le registre des personnes opérées n'est aujourd'hui qu'un projet. Les données disponibles sur l'activité des centres spécialisés et intégrés de l'obésité (CSO/CIO), instaurés à partir de 2012 dans le prolongement du plan obésité, sont datées et manquent de fiabilité.

[31] La faiblesse des données sur une large partie du champ, l'impossibilité actuelle d'évaluer les coûts évités induits par les mesures proposées par la mission (remboursement des consultations de psychologues et diététiciens, consultations longues des généralistes, budgets des CSO...) et la difficulté à modéliser l'impact financier des évolutions systémiques dans la prise en charge n'ont pas permis à la mission de chiffrer ses recommandations.

[32] La CNAMTS est ainsi seule en mesure de répondre aux besoins d'analyse longitudinale de la situation des patients opérés via le SNIIRAM mais les travaux qu'elle mène aujourd'hui (notamment grâce à sa cohorte de personnes adultes opérées appréhendées à travers leur consommation de soins et leur morbi-mortalité post-opératoire) relèvent encore à ce stade du champ de la recherche et ne permettent pas de connaître et de suivre avec suffisamment de précision et de réactivité l'activité de chirurgie bariatrique - notamment sous l'angle médico-économique - ni de fournir les instruments nécessaires à son pilotage par les pouvoirs publics.

[33] Enfin, malgré les mesures prévues dans le cadre du PNNS et du plan obésité outre-mer, les données existantes sur la situation dans les DOM, notamment sous l'angle épidémiologique, sont encore moins disponibles ou accessibles, et moins à jour que celles relatives à la situation des territoires métropolitains alors que la situation y est encore plus préoccupante.

DÉROULEMENT DES TRAVAUX

[34] Au final et pour répondre à la commande malgré ces difficultés, la mission a réalisé une évaluation de la prise en charge curative de l'obésité sur la base des éléments quantitatifs et qualitatifs qu'elle a pu réunir aussi bien au niveau national que sur le terrain. Pour ce faire, la mission a analysé la documentation disponible (et celle qu'elle a pu obtenir lors de ses déplacements), a effectué une revue de la littérature scientifique, a établi et exploité un questionnaire adressé à l'ensemble des vingt-deux ARS (cf. annexe 7) et a procédé à de nombreux entretiens de terrain (liste des personnes rencontrées / entendues / sollicitées en pièce jointe).

⁸ La HAS recommande une prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte pour les patients dont l'IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie, en seconde intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6-12 mois.

[35] Au niveau national, la mission a rencontré et/ou sollicité par téléphone ou mail les principaux acteurs suivants : le secrétariat général des ministères sociaux et les directions d'administration centrale concernées (DGOS, DGS, DREES, DSS) ; la HAS ; la CNAMTS ; Santé publique France ; l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ; les responsables et pilotes de la mise en œuvre du plan national santé nutrition (PNNS) et du plan obésité (PO) ; les sociétés savantes ou collèges professionnels ou fédérations directement concernés (chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques⁹, chirurgie viscérale et digestive¹⁰, médecine générale, infirmiers) ; trois structures de recherche (INSERM, IRDES ainsi que l'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité / A.F.E.R.O) ; plusieurs experts et praticiens hospitaliers (chirurgie viscérale et digestive, nutrition, endocrinologie, psychiatrie) ; le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) ; un groupe privé de cliniques ; la structure fédérant les CSO/CIO (groupe coordination et concertation des centres spécialisés obésité / GCC CSO) et le Collectif national des associations de patients obèses (CNAO).

[36] Au niveau régional, la mission s'est déplacée dans quatre régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France, Grand-Est, Occitanie) dans lesquelles elle a rencontré différents acteurs de la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité : direction et services des ARS ; directions, services, professionnels, praticiens et chercheurs d'établissements de santé publics et privés MCO et SSR, direction régionale du service médical de l'assurance maladie (DRSM), réseaux de santé et d'éducation thérapeutique des patients (ETP), associations locales de patients. La mission a également eu des échanges directs et documentés avec les responsables de neuf CSO/CIO (Clermont-Ferrand, Ile-de-France/APHP Centre, Ile-de-France/APHP Sud, Lille, Hospices civils de Lyon, Lyon La Sauvegarde, Montpellier, Nancy, Toulouse).

CONSTRUCTION ET PLAN DU RAPPORT

[37] Les constats établis par la mission sont regroupés au sein de sept annexes thématiques dans lesquelles elle a tenté de répondre, en prenant en compte les dimensions technique, organisationnelle, socio-économique et territoriale de la chirurgie bariatrique, à la principale question qui lui était posée relative aux facteurs explicatifs de la dynamique d'augmentation de la chirurgie bariatrique et de ses conséquences. Chaque annexe est introduite par un sommaire détaillé permettant au lecteur de prendre rapidement connaissance des constats :

- **l'annexe 1**, essentiellement historique et descriptive, présente le PNNS, le PO et l'appréciation qui a été faite de leur mise en œuvre ;
- **l'annexe 2**, qui replace la problématique de la chirurgie bariatrique dans celle plus générale de l'obésité (épidémiologie, caractéristiques, coût, prise en charge,..), traite en particulier des questions de pertinence et de qualité des interventions ainsi que de sécurité des techniques et des soins ;
- **l'annexe 3** porte sur l'offre de soins aux personnes obèses éligibles à ou ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique. Elle traite en particulier du rôle des établissements de soins (activité MCO et SSR, ES publics et privés, hôpital de jour...), des professionnels concernés (rémunération, ressources, formation...), des questions d'éducation thérapeutique des patients (ETP), de parcours et de coordination (et leur financement), et enfin des outils de pilotage et de régulation nationale et régionale de l'activité de chirurgie bariatrique (autorisations, PRS...) ;
- **l'annexe 4** est centrée sur les CSO/CIO dont la création en 2011 était la mesure la plus forte du plan obésité en matière d'organisation du système de soins. Elle traite donc de la place, du rôle et des résultats de l'action des CSO ;

⁹ Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SO.FF.CO.MM).

¹⁰ Fédération française de chirurgie viscérale et digestive (FCDV).

- **l'annexe 5** porte sur le financement de la prise en charge des personnes obèses associée à la chirurgie bariatrique. Elle traite en particulier des évolutions intervenues dans la tarification en médecine et en chirurgie dans les établissements MCO et SSR ;
- **l'annexe 6** porte sur la recherche dans le domaine de l'obésité et de la chirurgie bariatrique. Elle en aborde les différentes dimensions (biomédicale, socioéconomique, comportementale) sous l'angle de leurs avancées (suivi épidémiologique, classification des obésités, lien entre obésité et génétique, obésité et cancer, rôle du microbiote, avantages et limites de la chirurgie bariatrique) et des moyens pour en soutenir l'effort (registres nationaux, rôle pivot des CIO et CSO, réseau FORCE) tout en pointant les risques qui pèsent sur son avenir ;
- **l'annexe 7** présente le questionnaire établi par la mission à l'attention des ARS et les principaux résultats de son exploitation.

[38] Dans le corps du présent rapport, la mission a ensuite tenté de répondre à l'autre question qui lui était posée quant à la façon de mieux réguler le recours à la chirurgie bariatrique. Il s'agit donc d'un rapport de synthèse dans lequel, après avoir résumé sommairement les principaux constats, la mission propose une trentaine de pistes d'évolutions destinées à mieux maîtriser le recours à la chirurgie bariatrique et, ce faisant, à améliorer la prise en charge globale de l'obésité. Ce rapport est structuré en cinq chapitres orientés vers l'action et l'aide à la prise de décision.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	7
1 LA HAUSSE SOUTENUE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE PLUS GENERAL DE L'EPIDEMIE D'OBESITE, MALADIE CHRONIQUE INSUFFISAMMENT PRISE EN COMPTE PAR LES POUVOIRS PUBLICS.....	15
1.1 Maladie chronique d'origine multifactorielle aux nombreuses complications, l'obésité a un impact majeur en termes de santé publique.....	15
1.1.1 Après une forte période de hausse, la prévalence de l'obésité s'est stabilisée à 17 % chez l'adulte et à 4 % chez l'enfant, exception faite des DOM où l'épidémie est bien plus marquée.....	16
1.1.2 La progression de l'obésité et sa stabilisation à un niveau important traduit l'échec relatif des actions de prévention primaire et les limites de son traitement médical.....	17
1.1.3 Aux défauts de moyens et de mobilisation des acteurs pour une prise en charge adaptée s'ajoute l'absence de stratégie institutionnelle dédiée.....	19
1.1.4 Le suivi statistique de la prise en charge de l'obésité doit être renforcé pour améliorer la qualité et la pertinence des soins	20
1.2 Dans ce contexte d'épidémie d'obésité, et en l'absence de suivi structuré, la chirurgie bariatrique, dont la pratique est très hétérogène, connaît une forte croissance depuis les années 2000	22
1.2.1 La chirurgie bariatrique fait appel à un ensemble de techniques de niveaux de complexité et de risque variables, dont la pratique diffère selon les régions, les établissements et les chirurgiens.....	22
1.2.2 La littérature publiée sur la chirurgie bariatrique en a établi l'efficacité en termes de perte de poids et de réduction de morbi-mortalité associées.....	24
1.2.3 Avec l'amélioration des techniques, la mortalité post-opératoire a diminué de plus de moitié en dix ans.....	25
1.2.4 Plus difficile à apprécier, la morbidité post-opératoire inclut, outre les complications chirurgicales, les carences nutritionnelles dont la fréquence varie selon les techniques, ainsi que les risques d'ordre psychique	27
1.2.5 En France, le nombre d'interventions a triplé dans les derniers dix ans	28
1.2.6 Le niveau de recours à la chirurgie bariatrique en France est important comparativement à d'autres pays mais reste difficile à interpréter.....	30
2 ORGANISER LES PRATIQUES EN MATIERE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE DE MANIERE COHERENTE ET SECURISEE.....	32
2.1 Mieux cadrer et ajuster l'offre de chirurgie bariatrique, mieux appréhender et coordonner les autres acteurs de la prise en charge des personnes obèses sévères ou morbides	32

2.1.1	Le régime d'autorisation de la chirurgie du cancer fournit un modèle pertinent pour l'encadrement des activités de chirurgie bariatrique	32
2.1.2	Fixer un seuil d'activité en matière de chirurgie bariatrique est nécessaire au regard des enjeux de qualité et de sécurité.....	33
2.1.3	Inégal selon les territoires, le recours à la chirurgie bariatrique suggère une possible inadéquation de l'offre aux besoins.....	35
2.1.4	Dans un contexte de diminution des hospitalisations en médecine pour obésité, la part du recours à l'hospitalisation de jour croît.....	37
2.1.5	Hétérogène selon les régions, le recours au SSR pour la prise en charge de l'obésité sévère/morbide mériterait à la fois d'être promu et mieux cadré.....	37
2.1.6	Les médecins généralistes doivent être effectivement au cœur du dispositif de prise en charge	38
2.2	Améliorer la pertinence et la qualité des soins pour optimiser l'efficacité de l'intervention et réduire les risques sanitaires.....	40
2.2.1	Les recommandations de la HAS visent à assurer pertinence et qualité des interventions... ..	40
2.2.2	Les évolutions des techniques et pratiques intervenues ces dernières années conduisent à revoir les recommandations de la HAS et à mener des actions spécifiques en direction de certaines populations	41
2.2.3	Malgré son fort enjeu de santé publique, l'accompagnement préopératoire des patients s'avère insatisfaisant.....	44
2.2.4	Conscients des lacunes du suivi et des risques associés, les pouvoirs publics, en lien avec les professionnels, doivent impérativement améliorer le suivi post-opératoire.....	46
2.2.5	L'effort de mise en œuvre des procédures renforçant la qualité, la sécurité et le suivi des actes doit être poursuivi.....	49
2.2.6	Des actions doivent être menées à l'attention des personnes opérées perdues de vue	51
3	ORGANISER LES COMPETENCES ET MOBILISER LES RESSOURCES NECESSAIRES POUR DES PARCOURS DE SOINS, ALTERNATIFS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE OU SITUES EN AMONT ET EN AVAL DE CELLE-CI.....	53
3.1	La hausse importante de la chirurgie bariatrique au cours des dernières années ne semble pas s'expliquer par les tarifs, qui ont baissé	53
3.1.1	Les tarifs des séjours hospitaliers pour chirurgie bariatrique ont nettement baissé depuis 2010 et ne peuvent expliquer l'essor de la chirurgie bariatrique dont l'enjeu financier reste relatif53	
3.1.2	Dans le secteur privé, les honoraires sont directement payés aux praticiens et les dépassements demeurent importants	56
3.2	Les soins aux personnes obèses sévères/morbides mobilisent les compétences d'une dizaine de professionnels qui connaissent des difficultés de natures différentes.....	56
3.3	Le « parcours de soins », fréquemment cité comme la solution à une meilleure prise en charge de l'obésité sévère/morbide, n'est pas vraiment défini.....	60

3.3.1	La prise en charge des personnes obèses s’inscrit rarement dans un parcours de soins défini dans un contexte où plusieurs modèles de coordination existent.....	60
3.3.2	L’hospitalisation de jour (HDJ), l’éducation thérapeutique du patient (ETP) et l’admission au remboursement des consultations de diététiciens et de psychologues sont censés soutenir les parcours de soins des personnes obèses sévères / morbides.....	62
4	STABILISER, RENFORCER ET RENOVER LE DISPOSITIF DES CENTRES SPECIALISES DE L’OBESITE (CSO).....	70
4.1	Les centres spécialisés de l’obésité (CSO) ont été créés par le plan obésité 2010-2013 pour améliorer la prise en charge des personnes obèses, notamment sévères et morbides.....	70
4.2	La création des CSO était un projet ambitieux dont la montée en charge a été rapide	71
4.3	La montée en charge incomplète des CSO s’explique essentiellement par une mise en œuvre partielle du cahier des charges et par le manque de moyens et d’appuis apportés au projet	73
4.4	Le dispositif inachevé des CSO repose aujourd’hui sur des bases cohérentes et l’expérience acquise doit permettre de l’améliorer selon six axes	74
4.4.1	En matière de soins, mettre effectivement en œuvre plusieurs des conditions fixées en 2011 par le cahier des charges des CSO	74
4.4.2	En matière de coordination des soins et d’organisation territoriale de la prise en charge des personnes obèses, clarifier le rôle des CSO et des autres acteurs.....	78
4.4.3	En matière de situation juridique, donner aux CSO un statut clair et visible et, à défaut ou en attendant, renforcer leur organisation et mieux les outiller	81
4.4.4	En matière de relations entre les ARS et les CSO, et entre la DGOS et les ARS, clarifier et organiser la répartition des compétences	84
4.4.5	En matière de ressources et de pilotage, financer les CSO à hauteur de leurs missions et des enjeux qu’ils portent, et améliorer leur pilotage.....	86
4.4.6	L’actualisation des critères de labellisation des CSO et la territorialisation de leurs missions devraient conduire à une nouvelle carte de ces centres spécialisés.....	87
5	REPRENDRE EN MAIN LE PILOTAGE DE LA PRISE EN CHARGE DE L’OBESITE.....	89
5.1	Etablir sans délai un plan d’action centré sur la prise en charge des personnes obèses concernées par la chirurgie bariatrique	89
5.2	Mobiliser les ARS pour co-élaborer et mettre en œuvre le plan d’action, prioritairement pour actualiser les besoins de prise en charge et la carte des CSO	92
5.3	Prévoir une évaluation spécifique pour la Corse et les départements d’outre-mer, et un plan d’action dédié pour ces derniers.....	93
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	95
	SIGLE ET ABREVIATIONS	101
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	105

1 LA HAUSSE SOUTENUE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE PLUS GENERAL DE L'EPIDEMIE D'OBESITE, MALADIE CHRONIQUE INSUFFISAMMENT PRISE EN COMPTE PAR LES POUVOIRS PUBLICS

[39] Comme indiqué en introduction, il n'est pas possible d'analyser l'activité de chirurgie de l'obésité sans tenir compte du contexte de son déploiement. Avant de caractériser cette dernière sous les angles technique et dynamique, un focus sur l'obésité s'impose donc en vue d'en préciser l'impact en termes de santé publique et la gestion par les autorités sanitaires.

1.1 Maladie chronique d'origine multifactorielle aux nombreuses complications, l'obésité a un impact majeur en termes de santé publique

[40] Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'obésité est une maladie chronique d'évolution pandémique qui constitue un facteur de risque majeur d'apparition d'autres maladies tout en augmentant le risque de décès prématuré et les incapacités à l'âge adulte. L'OMS la définit par un indice de masse corporelle (IMC)¹¹ égal ou supérieur à 30 kg/m², en distinguant différents types d'obésité selon la valeur de cet indice :

Tableau 1 : Classification IMC

Classification	IMC (kg/m ²)
Insuffisance pondérale	< 18,5
Corpulence normale	18,5-24,9
Surpoids (pré-obésité)	25-29,9
Obésité classe I (modérée)	30-34,9
Obésité classe II (sévère)	35-39,9
Obésité classe III (morbide/massive)	> ou = 40

Source : *Mission d'après OMS*

[41] Le développement de l'obésité tient à une combinaison de facteurs biologiques, socio-économique (décroissance avec le niveau d'éducation et le revenu), comportementaux et environnementaux. Dans la phase initiale de constitution de l'obésité, le rôle des facteurs socio-comportementaux et environnementaux est central, ces facteurs ayant un impact encore plus important en présence d'une prédisposition biologique, génétique ou épigénétique. Dans sa phase chronique, la maladie s'aggrave en raison du développement d'anomalies du tissu graisseux qui devient de plus en plus résistant aux traitements.

[42] Les complications sont multiples et systémiques (annexe 2), l'obésité étant facteur de risque d'un large spectre d'affections incluant notamment l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus et autres problèmes coronariens, le diabète, l'apnée du sommeil, certaines atteintes hépatiques et rénales, des affections psychiatriques (incluant les addictions), des troubles locomoteurs, des problèmes d'infertilité et de grossesse. D'après la HAS, ces maladies sont, en moyenne, de 1,5 à 2 fois plus répandues chez les personnes obèses qu'en population générale (jusqu'à 6 fois et plus pour le diabète).

¹¹ L'indice de masse corporelle (IMC) exprimé par le poids divisé par le carré de la taille (kg/m²).

[43] Près d'un tiers des personnes obèses souffrent ainsi d'une affection de longue durée (ALD) contre 15 % en population générale, la hausse importante des ALD diabète observée ces dernières années étant en grande partie liée à l'obésité.

[44] De même, il est aujourd'hui établi que l'obésité joue un rôle très important dans l'apparition des cancers Aux Etats-Unis, l'obésité est devenue devant le tabac, la première cause évitable de mortalité liée au cancer (facteur de risque impliqué dans 20 % des cancers diagnostiqués aux États Unis¹² et en Europe en 2014). (annexe 6).

[45] Responsable d'une altération de la qualité de vie et facteur de stigmatisation sociale, l'obésité serait également responsable de près de 13 % des décès en Europe¹³, diverses études ayant montré un accroissement de la mortalité avec l'IMC (jusqu'à 10 années pour les IMC >40).

[46] Son coût social se traduirait en milliards d'euros du fait notamment de plus grande fréquence de pathologies chroniques dans cette population. Tandis qu'elles représentent 17 % de la population¹⁴, les personnes obèses induisent 22 % des dépenses de services et produits de santé en ville. Les coûts humains, sanitaires, sociaux et économiques associés à l'obésité sont considérables.

[47] La direction générale du Trésor estime ainsi le coût social de l'obésité à 12,8 Md€ (0,6 % du PIB) pour 2012, incluant un surcoût hospitalier (3,7 Md€) et de soins de ville (2,8 Md€), les indemnités journalières (0,5 Md€), les pensions d'invalidité (1,7 Md€), la perte de productivité liée à l'absentéisme (1,2 Md€) et l'exclusion des femmes obèses du marché du travail (5 Md€)¹⁵.

1.1.1 Après une forte période de hausse, la prévalence de l'obésité s'est stabilisée à 17 % chez l'adulte et à 4 % chez l'enfant, exception faite des DOM où l'épidémie est bien plus marquée

[48] En forte augmentation entre 1997 et 2006, la prévalence de l'obésité semble s'être stabilisée autour de 17 % chez l'adulte (7,6 millions de personnes), ce qui en fait la deuxième maladie chronique la plus fréquente derrière l'hypertension artérielle (27 %) mais loin devant les autres grandes maladies chroniques (asthme, cancer, diabète, ...) qui concernent moins de 10 % de la population générale adulte. Sa prévalence, qui a pratiquement doublé en 20 ans (elle était de 8,5 % en 1997), augmente avec l'avancée en âge et a tendance à concerner davantage les femmes que les hommes avec l'importance de l'IMC. Ses formes compliquées (sévère et morbide) concernent près de 5 % de la population générale adulte (et 27 % des personnes obèses).

Tableau 2 : Prévalence de l'obésité par IMC en population générale (18-74 ans) en 2015

	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide	Obésité toutes classes confondues
Prévalence dans la population de 18-74 ans (N = 44 681 656)	12,5 %	3 %	De 1 à 2 %	17 %
	5 585 207	1 340 450	670 225	7 595 882
Part au sein de l'obésité	74 %	18 %	9 %	100 %

Source : Mission d'après Esteban, 2016, Santé Publique France

¹² Si on ajoute le surpoids, ce taux s'élève à 40 % aux Etats-Unis (annexe 2)

¹³ OMS (2002), « Rapport sur la Santé dans le Monde 2002-Réduire les risques et promouvoir une vie saine ».

¹⁴ Deuxième en fréquence derrière l'hypertension artérielle (27 %), les autres grandes maladies chroniques (asthme, cancer, diabète, ...) touchant moins de 10 % de la population générale adulte.

¹⁵ Lettre TRÉSOR-ÉCO, n° 179, Sept 2016, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? ».

[49] Dans les Départements d’Outre-mer (DOM), la prévalence de l’obésité est de plusieurs points plus élevée chez les adultes comme chez les enfants, avec des valeurs souvent très supérieures chez les femmes. Paradoxalement, les données épidémiologiques y sont plus rares et plus anciennes (Esteban ne porte que sur la France métropolitaine), sous-estimant probablement la situation en 2017, et l’offre de prise en charge bariatrique, nettement moins développée.

[50] Chez les adultes, l’obésité, particulièrement fréquente, est en forte progression en Martinique chez les deux sexes. Le tableau est plus contrasté en en Guadeloupe où la prévalence de l’obésité, toujours supérieure au taux hexagonaux, concerne nettement plus les femmes

Tableau 3 : Évolution de l’obésité en Guadeloupe et en Martinique entre 2004 et 2013

	Martinique		Guadeloupe	
	2004	2013	2004	2013
Hommes obèses	14 %	21 %	11 %	12 %
Femmes obèses	26 %	33 %	26 %	31 %
Total adultes (15 et +)	20 %	28 %	-	23 %

Source : Mission d’après rapport IGAS de 2016¹⁶ et données Kannari 2013

[51] En Guyane, la prévalence de l’obésité était de 19 % en 2007. A Mayotte et à la Réunion, les seules données retrouvées par la mission, datant d’au moins 10 ans, font état de prévalence alarmante chez les femmes (respectivement 32 % et 20 %).

[52] Chez les enfants, la prévalence de l’obésité est relativement stable depuis 10 ans en métropole (3,3 % en 2006 et 3,9 % en 2015). Dans les départements d’outre-mer, excepté à Mayotte où le problème est plutôt la dénutrition, l’obésité infantile est également bien plus élevée (entre 9 et 10 % en Martinique et en Guadeloupe, de 6 à 8 % en Guyane et à la Réunion).

1.1.2 La progression de l’obésité et sa stabilisation à un niveau important traduit l’échec relatif des actions de prévention primaire et les limites de son traitement médical

[53] La prévention du surpoids et de l’obésité devait être une priorité nationale. En dépit de son intérêt, le programme national nutrition santé (PNNS) n’a pu empêcher l’épidémie de se développer, pâtissant notamment de l’absence d’une gouvernance interministérielle, du manque de pilotage stratégique ainsi que de la trop grande dispersion des actions et leur fragilité financière¹⁷.

[54] Le plan obésité (annexe 1) a eu, quant à lui, le mérite d’impulser une dynamique et de poser les jalons d’une prise en charge organisée de l’obésité sévère, notamment en termes d’amélioration de l’offre de soins (CSO) et du dépistage chez l’enfant et l’adulte. Pour autant, cette maladie chronique dont la prise en charge vise la perte de poids et la prévention de sa reprise ainsi que le soin des éventuelles comorbidités, reste difficile à traiter¹⁸. A cet égard, l’effort de recherche doit être soutenu, tant sur le plan fondamental que clinique pour améliorer la compréhension de la maladie et identifier des voies de traitements innovantes (annexe 6).

¹⁶ Cf. rapport 2016-020R : « Evaluation du programme national nutrition – santé 2011 – 2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010 – 2013 » (juillet 2016 - Charles de Batz, Félix Faucon et Dominique Voynet).

¹⁷ ibidem

¹⁸ La prise en charge nutritionnelle seule atteint vite des limites : 15 à 20 % des patients auraient une perte de poids « efficace » (>ou = à 10 % poids corporel) et un tiers une perte de poids de 5 % (service du Pr Ritz, CHU Toulouse).

[55] Adaptée en fonction de chaque cas, la prise en charge ne se conçoit que sur le long terme, en associant intervention diététique, pratique régulière d'une activité physique, prise en charge psychologique. Il n'y a pas une mais des obésités, avec des profils de patients plus ou moins répondeurs aux différents types de traitement qu'il convient de mieux cerner (annexe 6).

[56] Dans certains cas d'obésité commune où l'éducation et le suivi nutritionnel ne suffisent pas, un traitement médicamenteux peut alors faire partie du programme de réduction du poids. Entre la fin des années 1990 et 2014, l'arsenal médicamenteux s'est cependant fortement restreint en raison d'effets indésirables graves (annexes 2 et 6).

Recommandation n°1: Renforcer l'effort de recherche fondamentale et clinique sur l'obésité :

- **pour mieux comprendre ses mécanismes physiopathologiques et décrire les différents types d'obésités existantes ;**
- **pour encourager la mise en place d'essais cliniques en vue d'élargir le spectre des traitements alternatifs (médicament, microbiote...) pouvant améliorer la prise en charge médicale de l'obésité.**

[57] En cas d'échec, les patients peuvent enfin se voir proposer une intervention chirurgicale pour traiter leur obésité (chirurgie bariatrique) sous certaines conditions détaillées plus loin.

[58] Connaissant le patient et son entourage, le médecin traitant est le mieux placé pour coordonner le dépistage et les soins. Avant que l'obésité ne se complique, il doit prendre en charge le patient au-delà des seuls impératifs d'amaigrissement et d'activité physique en traitant les symptômes associés (hypertension artérielle, diabète, souffrance psychologique, impotence fonctionnelle, incontinence urinaire, troubles respiratoires, apnée du sommeil...) et orienter, au besoin, vers un spécialiste en cas d'aggravation (endocrinologue). Outre d'être formé sur le sujet et de savoir à qui s'adresser pour relayer son action, il doit faire preuve d'une implication personnelle et pouvoir s'appuyer sur des outils de suivi des patients et un réseau pluri-professionnel coordonné permettant notamment le recours à un diététicien, à un psychologue et aux activités sportives.

[59] Or, les acteurs rencontrés par la mission confirment que le médecin généraliste n'a pas le temps ni la formation pour proposer une prise en charge adaptée de l'obésité ou pour connaître les complications de sa chirurgie. Certains acteurs, comme le collège de médecine générale, préconisent de former le plus largement les médecins généralistes à la prise en charge de l'obésité et de ses suites chirurgicales. D'autres acteurs, parmi lesquels des chirurgiens et des spécialistes de l'obésité, estiment plus réaliste de restreindre cette formation aux médecins généralistes volontaires.

[60] Au-delà des questions de formation, les réseaux et les compétences professionnelles nécessaires en appui sont globalement difficiles à mobiliser dans la pratique. Trop peu nombreux, les réseaux de santé connaissent en outre souvent d'importantes difficultés de mise en place (financement, mobilisation des médecins libéraux...). Les actes des diététiciens ne figurant pas à la nomenclature ne sont pas remboursés aux patients qui consultent en secteur libéral. Ce constat s'applique aussi pour les psychologues, les kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs (professionnels de l'activité physique adaptée), auxquels de nombreux patients doivent renoncer en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie.

[61] D'après les observations de la mission, les infirmières semblent jouer un rôle plus marqué qui pourrait encore être renforcé s'agissant du suivi au long cours des patients. La fédération nationale des infirmiers cite à cet égard le rôle de coordination d'appui clinique de proximité (différent de celui de synthèse clinique assurée par le médecin) mis en avant par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

[62] Selon le Collectif national des associations d'obèses (CNAO), les pharmaciens devraient aussi pouvoir intervenir dans l'accompagnement (suivi, éducation thérapeutique du patient -ETP), tout comme les sages-femmes voir leur rôle renforcé dans la prévention de la prise de poids excessive au cours de la grossesse et dans le contrôle de l'équilibre alimentaire, compte tenu des risques de l'obésité et de la chirurgie bariatrique sur la grossesse.

1.1.3 Aux défauts de moyens et de mobilisation des acteurs pour une prise en charge adaptée s'ajoute l'absence de stratégie institutionnelle dédiée

[63] Avec son achèvement et la non-reconduction des instances de pilotages inter-directionnelles et interministérielles qui accompagnaient sa mise en œuvre, la dynamique du plan obésité semble s'être essoufflée. Hormis un document produit par la HAS et des mentions dans le PNNS, l'obésité en tant que maladie ne fait à ce jour pas l'objet d'un traitement spécifique et pérenne de la part des administrations publiques. Malgré son retentissement sanitaire¹⁹, elle reste essentiellement vue comme un déterminant de santé ou appréhendée sous l'angle de ses comorbidités (HTA, diabète...).

[64] Faute de vision d'ensemble, l'approche institutionnelle de l'obésité est plus « mosaïque » que stratégique, chacun des acteurs envisageant le sujet à l'aune de son périmètre d'action sans coordination réelle avec les autres acteurs (annexe 3). Schématiquement, la DGOS s'occupe des questions d'offre de soins, la DSS de leur financement, la HAS de processus qualité et de sécurité des soins bariatrique, la DGS de déterminants de santé et de comorbidités associées, les ARS n'intégrant pour leur part le sujet dans le PRS qu'en tant qu'objectif de prévention, le plus souvent dans le champ du diabète.

[65] Seule la CNAMTS paraît avoir le souci d'une vision globale, consciente des liens entre les différentes problématiques (prévention primaire et secondaire, prise en charge chirurgicale et suivi post opératoire), ainsi que des risques et des coûts évitables dans le cadre d'une approche systémique et articulée alliant connaissances épidémiologiques, réalisation et publications d'études, formations des intervenants, informations des patients, contrôle et suivi des procédures. (Cf. annexes 2, 3 et 6).

[66] L'obésité étant largement répandue dans la population (17 %) et générant de multiples symptômes et maladies, elle mérite de faire l'objet d'un traitement spécifique pour éviter le développement de comorbidités à l'origine de surcoûts élevés ainsi que pour limiter le recours à la chirurgie bariatrique. L'obésité modérée doit bénéficier d'une prise en charge pour éviter des formes plus graves, via un parcours adapté avec un financement forfaitisé. Par ailleurs, les formes sévères/morbides d'obésité devraient être considérées comme des maladies chroniques susceptibles de faire l'objet d'une stratégie dédiée et/ou être reconnues comme affections de longue durée (ALD).

Recommandation n°2 : Organiser dans le cadre des stratégies nationale et régionales de santé une réponse adaptée aux besoins de prévention et de soins liés à l'obésité modérée. Reconnaître l'obésité sévère et morbide comme une maladie chronique faisant l'objet d'une prise en charge spécifique.

¹⁹ L'académie de chirurgie s'est même interrogée sur l'opportunité d'en faire une ALD.

1.1.4 Le suivi statistique de la prise en charge de l'obésité doit être renforcé pour améliorer la qualité et la pertinence des soins

[67] Nécessaire à la planification d'actions, le repérage statistique de l'obésité demeure insuffisant pour suivre les personnes et mieux apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins médicaux et chirurgicaux aux personnes obèses, même si des bases de données existent.

[68] Le PMSI, dont la qualité des données est liée à la qualité du codage, n'aborde de surcroît l'obésité sous l'angle indirect des hospitalisations. Jusqu'en mars 2017, seules 3 classes d'IMC étaient codées 30-40, 40-50, 50+ avec une trentaine de sous-codes en fonction des comorbidités, ce qui limitait la finesse des analyses. Depuis, la catégorie 30 – 40 a été scindée en deux : 30-35 et 35-40. Le PMSI fournit en revanche des informations détaillées sur la prise en charge chirurgicale des personnes obèses (activité de chirurgie bariatrique en volume, par technique, par type d'établissement, par territoire et par racines des GHM). Par ailleurs, la difficulté du renseignement sur les actes amont et aval de la chirurgie bariatrique complique les analyses car il nécessite un chainage avec Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Le SNDS devrait faciliter ce type de chainage.

[69] S'appuyant sur le SNIIRAM, la CNAMTS a pour sa part mis en place un suivi de cohorte portant sur 18 477 malades ayant subi une première intervention de chirurgie bariatrique en 2009, ainsi qu'une autre cohorte portant sur les patients opérés de 2015. Ce suivi renseigne sur les consommations de soins des personnes opérées, sur les complications et sur les décès faisant suite aux actes de chirurgie bariatrique, mais il n'enregistre pas de données sur la qualité de vie, ni les soins non remboursés (diététiciens, psychologues, certains suppléments nutritionnels). En tout état de cause, ces données de consommations ne fournissent que des approximations, un suivi direct des effets de la chirurgie ne pouvant être assuré que par un registre (comme c'est souvent le cas à l'étranger – cf. annexe 6). En outre, le PMSI ne permet pas de repérer de manière satisfaisante les plus jeunes qui ont peu de comorbidités traceuses, alors même qu'il s'agit d'un public dont il est impératif de suivre l'évolution à moyen et à long terme (qualité de vie, facteur d'échec,...), notamment parce qu'on ne connaît pas les effets d'un syndrome malabsorptif sur 40 ans. Il faudrait que ce suivi puisse inclure chaque année les nouveaux mineurs opérés (et si possible, des 18-20 ans).

[70] Enfin, en lien avec d'autres bases, cette cohorte CNAMTS pourrait aussi servir à produire des analyses de type médico-économique nécessaires pour appréhender l'efficacité des différents types de soins²⁰. Mais sur ce point également, un registre tel que celui proposé par la HAS dans ses recommandations en 2009 permettrait de mieux faire cette analyse médico-économique car les données qui y sont renseignées sont plus à même de permettre des comparaisons avec un groupe contrôle.

[71] En attendant qu'un tel registre voit le jour, et compte tenu de la difficulté à inclure des patients dans des essais cliniques, les cohortes de personnes opérées doivent être appariées à des témoins pour procéder à des comparaisons. Pour être pertinentes, ces dernières nécessitent des appariements les plus fins possibles (il faut que les opérés et les non opérés soient le plus ressemblant possible par ailleurs, en termes d'âge, de sexe, de niveau social, d'état général).

²⁰ Contactée à ce sujet par la mission, l'unité de recherche clinique en économie de la santé (URC éco) dirigée par le Pr Durand-Zaleski s'est montrée intéressée par ce type de travaux sous réserve d'avoir un accès facilité aux différentes bases de données.

[72] S'agissant des plus jeunes, une expérimentation OBEPEDIA (obésité pédiatrique) issue du plan obésité est actuellement déployée en vue de tester la faisabilité d'un parcours de soins pour traiter l'obésité sévère des enfants/adolescents et les accompagner tout au long de ce parcours, en favorisant notamment l'accès aux soins requis par cette pathologie et notamment ceux non remboursés par l'assurance maladie (diététicien, psychologue, activité physique adaptée).

[73] Venant compléter ces dispositifs, un projet de registre renseigné par des chirurgiens affiliés à la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO-MM) est annoncé pour 2018 avec l'objectif de recueillir des données sur les personnes obèses opérées en vue d'évaluer la qualité des pratiques chirurgicales et du suivi post opératoire²¹. Si ce projet de registre s'inscrit à ce jour dans une démarche structurante pour les professionnels et répond à un souci de transparence²², il n'en est cependant qu'à ses balbutiements.

[74] A l'aune des constats de la mission et des recommandations de la HAS, il convient de mieux cadrer et de sécuriser le projet, voire de structurer sa gouvernance et son pilotage en y associant les pouvoirs publics :

- la CNAMTS, qui pourrait à la fois contribuer au soutien financier, et participer à la maîtrise d'œuvre via la structuration du système d'information nécessaire à la base de données constituant le registre et à l'analyse des données à grande échelle - big data - ;
- la HAS, concernée par la qualité de la prise en charge, notamment au travers des indicateurs de qualité et de sécurité du bilan préopératoire et bientôt des indicateurs de suivi des personnes opérées, serait en charge du contrôle de la qualité du renseignement du registre ;
- la DGOS, intéressée par le financement à la performance des établissements de santé, à l'épisode ou au parcours de soins, permis par des indicateurs recueillis dans le registre.

[75] En termes d'objectifs, ce registre devra aller plus loin en constituant, comme l'envisageait la HAS dans ses recommandations de 2009, une base de données nationale recensant l'ensemble des interventions de chirurgie bariatrique sous l'angle préopératoire (bilan de l'obésité, bilan des comorbidités et antécédents), peropératoire (type d'intervention, durée, suites) et postopératoire (avec un volet « efficacité » comprenant des données sur l'évolution du poids et des comorbidité ainsi que sur la qualité de vie des patients (annexe 6), et un volet « sécurité des soins » permettant l'analyse des complications spécifiques et générales à court et à long terme.

Recommandation n°3: Pour mieux apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité clinique et fonctionnelle des prises en charge médicale et chirurgicale de l'obésité ainsi que leur efficience, développer, dans l'attente d'un registre des opérés tel que préconisé par la HAS, des dispositifs de suivi sur le long terme des personnes opérées, adultes et jeunes (cohorte ouverte pour les jeunes) permettant des comparaisons avec des personnes obèses adultes et enfants non opérés.

²¹ Les chirurgiens sont concernés à double titre : disposer d'un retour sur leurs pratiques et bénéficier de la labellisation SOFFCO-MM conditionnée par le remplissage du registre.

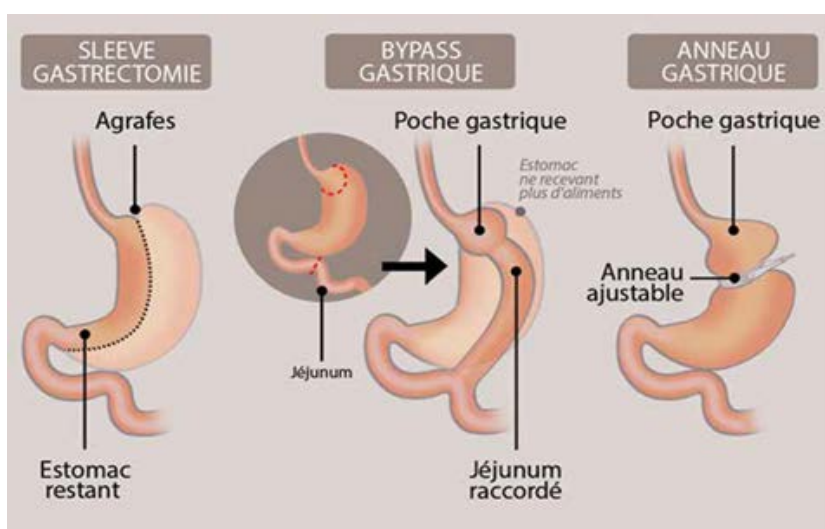
²² Un modèle du genre est celui qui existe au Royaume uni (The United Kingdom National Bariatric Surgery Registry) qui permet une lisibilité et une transparence de l'offre chirurgicale au Royaume-Uni (cf. annexe 6).

1.2 Dans ce contexte d'épidémie d'obésité, et en l'absence de suivi structuré, la chirurgie bariatrique, dont la pratique est très hétérogène, connaît une forte croissance depuis les années 2000

1.2.1 La chirurgie bariatrique fait appel à un ensemble de techniques de niveaux de complexité et de risque variables, dont la pratique diffère selon les régions, les établissements et les chirurgiens

[76] Se différenciant par leur caractère réversible ou non, leurs risques, leur efficacité et pour partie, leurs indications, les techniques de chirurgie bariatrique sont multiples, mais en pratique, trois interventions faisant l'objet d'un consensus au sein des recommandations de la HAS sont couramment pratiquées en France, essentiellement par coelioscopie : l'anneau gastrique, la sleeve gastrectomie, le bypass gastrique.

Schéma 1 : Présentation simplifiée des techniques de chirurgie bariatrique



Source : HAS

[77] La pose d'anneau, ceinture en silicone plus ou moins remplie pour ajuster la restriction alimentaire, est une intervention simple, induisant une perte de poids moins importante qu'avec les autres techniques avec une fréquence de complications et d'échecs considérée à long terme comme plus importante. En forte désaffection, l'anneau est surtout proposé comme intervention de première intention (patients jeunes), du fait de son caractère réversible, du risque opératoire très faible, de son risque carenciel limité et de la possibilité d'évoluer vers toute autre technique en cas d'échec. Parmi les causes possibles de cette désaffection, il est généralement évoqué la moindre efficacité sur la perte de poids et les comorbidités, la fréquence importante du taux de ré-intervention à 5 ans (en particulier parce qu'il s'agit d'une intervention de première intention) et les contraintes de maintenance. En France, certaines équipes continuent à proposer l'anneau de manière substantielle en faisant le choix d'un public et d'une organisation adaptée (maintenance facilitée, faite in situ avec amplificateur de brillance²³, système d'astreinte médicale, mode de rémunération des acteurs...) qui permettrait de réduire les taux de ré-intervention à 5 ans.

²³ Le réglage d'un anneau, sous amplificateur de brillance est un acte simple, rapide (et ne nécessitant aucune anesthésie). Cette capacité de réglage, qui n'existe pas pour les autres types interventions chirurgicales permet une adaptation aux demandes exprimées, ex post, par le patient (qui peuvent différer de son expression ex ante).

[78] Le bypass associe restriction et court-circuit gastriques. Si ses effets sont très marqués sur la perte de poids et la correction des comorbidités, (plus fréquemment proposée aux IMC importants et aux diabétiques), cette intervention aux effets irréversibles est plus complexe à réaliser avec des risques de carence (par malabsorption et défaut d'apport) justifiant la prise de suppléments vitaminiques sur le long terme. Bénéficiant d'un recul de plusieurs dizaines d'années, cette technique consiste à réaliser une anse alimentaire faite de 1,50 m d'intestin (dit Roux-en-Y), montée sur un moignon gastrique. La dérivation bilio-pancréatique (3 % des interventions) est une variante plus mal absorbative du *bypass* offrant une perte de poids plus importante et une rémission du diabète plus fréquente, mais au prix d'une dénutrition et d'une accélération du transit (diarrhée). Il se pratique également une autre variante appelée *bypass en oméga* (« mini-bypass ») qui n'est pas citée dans les recommandations HAS, ni dans la nomenclature de l'assurance maladie, mais qui est déclarée et remboursée sous le code du *bypass* classique (la CNAMTS travaille sur une nouvelle codification du *bypass* pour en exclure toute possibilité de *bypass en oméga*). Considérée plus rapide par ses adeptes, cette technique est soupçonnée par ses détracteurs de favoriser des complications graves.

[79] Connaissant un essor marqué depuis son apparition il y a une dizaine d'années, la sleeve gastrectomie est une restriction gastrique irréversible avec de bons résultats à moyen terme (mais inconnus à long terme) sur le poids et la réduction des comorbidités. Sont corrélés à son efficacité, sa relative simplicité, sa faible morbi-mortalité post-opératoire (pertinentes chez le patient IMC > 50 kg/m ou multi-opéré) et son peu de carences induites à distance. Elle est la technique la plus pratiquée à ce jour. De nombreuses équipes proposent la sleeve comme intervention de première intention, quitte à transformer celle-ci en *by-pass* en cas de perte de poids insuffisante ou de reprise de poids à distance. La sleeve est parfois combinée avec l'intervention sur hernie hiatale pour limiter les risques de reflux gastro-œsophagien associés (N Sleeve).

[80] Selon la CNAMTS, la distribution des pratiques opératoires varie trop fortement d'un endroit à l'autre pour être expliquée par le seul profil des patients. La disparité observée tiendrait en grande partie à l'histoire des pratiques et à des effets centres (« école » de la sleeve à Montpellier, du *bypass* en Bretagne, de l'anneau à Lyon). Lors de ses déplacements, la mission a pu apprécier cette orientation marquée, voire assez exclusive, de l'offre, alors que les bonnes pratiques voudraient que les patients puissent se voir partout proposer la palette des techniques reconnues par la HAS. Les données recueillies dans le cadre de la campagne IPAQSS 2017 de la HAS montrent à cet égard qu'environ 25 % des établissements réalisent une seule technique, 46 % deux techniques, 29 % au moins 3 techniques.

[81] Même s'il n'a pas les moyens de discerner par lui-même la solution qui est techniquement la plus adaptée à sa situation, le patient doit pouvoir donner son accord en connaissance de cause, eu égard au caractère irréversible et plus risqué des interventions présentées comme les plus efficaces. Si une information est proposée au patient par la plupart des services visités, sa qualité pédagogique et son niveau de précision sont en revanche variables d'un endroit à l'autre.

[82] Ceci est d'autant plus important que les taux de ré-interventions diffèrent fortement selon les techniques. Sur la période 2008 à 2016, les données de l'ATIH montrent que 5 % des patients opérés en France ont été réopérés, dont les deux-tiers avant 5 ans. Très variable selon la technique, ce taux de ré-intervention qui est de 17 % pour les patients ayant été opérés d'une gastroplastie par anneau, tombe à 3 % et à 2 % pour les patients opérés d'une sleeve et d'un *bypass*²⁴. Pour sa part, la cohorte CNAMTS de 2009 montre un taux de ré-intervention de 28 % à 6 ans pour l'anneau (13 % de repositionnement ou d'ablation, 8 % de transformation en sleeve et 8 % en *bypass*)²⁵, de 5.6 % pour la sleeve et de 2.8 % pour le *bypass*.

²⁴ Elle est 10 % pour les autres techniques (court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal, gastrectomie avec court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal, gastrectomie verticale calibrée).

²⁵ Ce fort écart de taux entre l'anneau gastrique et les autres techniques opératoires est lié à cette technique qui est souvent choisie en première intention dans la perspective d'interventions ultérieures selon une autre technique.

Encadré 1 : Un exemple d'information faite au patient

Le texte d'accueil du site du service de chirurgie de l'obésité du CHRU de Lille commence par une introduction argumentée et chiffrée de la chirurgie bariatrique (historique et développement), de ses indications, de ses effets (perte de poids durable, amélioration des comorbidités et de la survie), de ses risques et de ses contraintes (prise en charge pluridisciplinaire et suivi au long cours post-chirurgical, psychologique, métabolique et biologique). Pour évaluer a minima la pertinence de sa demande de chirurgie bariatrique, le patient est invité à écrire une lettre de motivation accompagnée d'une lettre de son médecin traitant (une évaluation plus poussée devant suivre).

Trois interventions sont proposées au patient, précisant que chacune a des avantages et des inconvénients mais que les techniques les plus invasives présentent à la fois une possibilité de perte de poids plus importante et un risque opératoire plus élevé. A cet égard, chaque technique fait l'objet d'une présentation détaillée : principe de l'intervention avec schéma et vidéo descriptive, conditions opératoires (durée de l'intervention et de l'hospitalisation), effets attendus, suites possibles, mortalité associée, contraintes de suivi.

Le texte rappelle enfin que la chirurgie de l'obésité doit être exercée par des chirurgiens ayant suivi une formation spécifique et étant à même de proposer les 3 principales techniques. A cet égard, une information complète doit être donnée au patient, cette « éducation thérapeutique » étant garante de la qualité de son choix. Il précise également que le choix de l'intervention doit intégrer les habitudes du chirurgien et surtout les préférences du patient lui-même, même si le chirurgien peut privilégier une opération aux dépens des autres en fonction du terrain du patient en orientant par exemple un patient diabétique sévère vers un bypass ou en déconseillant la sleeve aux patients souffrant de hernie hiatale.

1.2.2 La littérature publiée sur la chirurgie bariatrique en a établi l'efficacité en termes de perte de poids et de réduction de morbi-mortalité associées

[83] L'obésité est un facteur de risque de mortalité qui augmente avec l'IMC. Malgré le recul encore limité pour certaines techniques et le problème des perdus de vue, les études publiées sur le suivi des patients au-delà de 5 ans montrent que la chirurgie a une efficacité supérieure en termes de perte de poids mais aussi d'amélioration de l'espérance de vie, de régression voire de disparition des comorbidités, comparée à la prise en charge médicale (annexes 2 et 6).

[84] Des études ont également montré que la perte de poids observée avec la chirurgie bariatrique pouvait aller de 25 à 30 kg avec l'anneau, à 45 -50 kg après by-pass gastrique²⁶. Si cette perte de poids est durable, elle semble cependant s'atténuer au fil du temps.

[85] Une large méta-analyse²⁷ a par ailleurs confirmé l'amélioration de l'espérance de vie des patients obèses ayant eu une intervention de chirurgie bariatrique, avec une baisse de 30 % à 40 % de la mortalité globale à long terme par rapport aux obèses sévères non opérés²⁸.

[86] Selon une autre méta-analyse²⁹, cette chirurgie est par ailleurs associée à un moindre risque d'accident cardiovasculaire (réduction de 46 % du risque d'infarctus du myocarde et de 54 % du risque d'accident vasculaire cérébral) comparativement au traitement médical de l'obésité.

²⁶ Long-term results of laparoscopic sleeve gastrectomy for obesity, Himpens J an al., Ann Surg 2010; 252(2):319-24. Long-term follow-up after bariatric surgery: a systematic review, Puzziferri N and al. JAMA 2014; 312(9):934-42.

²⁷ Effect of bariatric surgery on cardiovascular risk profile, Heneghan HM et al. Am J Cardiol 108 (10) 1499-507; 2011

²⁸ Sachant que la mortalité reste plus importante dans cette population qu'en population générale

²⁹ Long-term mortality after gastric bypass surgery, Gress RE, Smith SC, et al. N Engl J Med 2007; 357: 753-761

[87] La réduction du poids contribue aussi à l'amélioration, voire la résolution de certaines comorbidités. Plusieurs études ont ainsi confirmé que la chirurgie permet d'obtenir une régression voire une rémission du diabète de type 2 plus marquée que le traitement médical seul chez des patients obèses et diabétiques³⁰. Ces résultats induisent dans certains pays l'émergence d'une chirurgie bariatrique à visée métabolique (« chirurgie métabolique »), tendance qui pourrait peut-être aussi s'observer en France, malgré l'absence d'indication officielle, à travers la hausse de la part des personnes opérées avec un IMC compris entre 30 et 40 (24 % en 2011 vs 33 % en 2015).

[88] De même, l'obésité étant une des principales causes d'hypertension artérielle, sa prise en charge chirurgicale en réduit significativement la fréquence. Un effet de forte rémission est également retrouvé sur la prévalence de la dyslipidémie.

[89] Ces effets métaboliques décrits dans la littérature internationale sont retrouvés par les analyses issues de la cohorte CNAMTS portant sur des personnes opérées en 2009 en France qui montrent à 6 ans une diminution significative des traitements antidiabétiques, antihypertenseurs et hypolipémiants (mais sans diminution des antalgiques et des antidépresseurs).

[90] Par ailleurs, plusieurs études³¹ suggèrent un effet de la chirurgie bariatrique sur la stéatose hépatique non alcoolique, maladie liée à l'obésité et associée à une hausse de la mortalité.

[91] La littérature montre enfin une amélioration de la qualité de vie après cette chirurgie, l'amélioration du composant « somatique » de la qualité de vie suivant la perte de poids³².

1.2.3 Avec l'amélioration des techniques, la mortalité post-opératoire a diminué de plus de moitié en dix ans

[92] Alors que le nombre d'interventions a triplé de 2007 à 2012, le taux de mortalité précoce (dans les 3 mois après l'intervention) a été divisé par deux pendant cette période, avec des variations importantes selon les techniques, les plus efficaces étant aussi les plus à risque. En 2015, les données issues de la cohorte CNAMTS avec des personnes opérées en 2015 suggère une mortalité précoce encore en diminution pour la sleeve et le bypass.

Tableau 4 : Mortalité précoce de la chirurgie bariatrique en 2007, 2012 et 2015 en France

	En 2007	En 2012	En 2015
Anneau	0.01 %	0.01 %	-
Sleeve gastrectomie	0.39 %	0.08 %	0.06 %
Bypass gastrique	0.45 %	0.14 %	0.10 %
Total	0.17 %	0.08 %	-

Source : *Etude des données PMSI³³ et cohorte CNAMTS des personnes obèses opérées en 2015*

³⁰ Metabolic surgery in the treatment algorithm for type 2 diabetes: A joint statement by international diabetes organizations. Rubino F, Nathan DM, Eckel RH et al. Diabetes Care 2016; 39:861-77.

³¹ Prospective study of the long-term effects of bariatric surgery on liver injury in patients without advanced disease. Mathurin P, Hollebecque A, Arnalsteen L et al. Gastroenterology 2009; 137(2):532-40 ; Bariatric surgery reduces features of nonalcoholic steatohepatitis in morbidly obese patients. Lassailly G, Caiazzo R, Buob D et al. Gastroenterology 2015; 149(2):379-88; Roux-en-Y gastric bypass versus adjustable gastric banding to reduce nonalcoholic fatty liver disease: a 5-year controlled longitudinal study. Caiazzo R, Lassailly G, Leteurtre E, Baud G et al. Ann Surg 2014;260(5):893-8;

³² Quality of Life and Bariatric Surgery: A Systematic Review of Short- And Long-Term Results and Comparison With Community Norms, LC Raaijmakers et al. Eur J Clin Nutr 71 (4), 441-449. 2016 Nov 02.

[93] Outre le type de technique et la voie d’abord (risque multiplié par 7 avec laparotomie, voie d’abord « historique » aujourd’hui restreinte à des cas complexes), les facteurs associés à la mortalité sont le sexe masculin, l’âge de plus de 50 ans, l’IMC > 50, le diabète et l’hypertension artérielle. D’après l’étude des données PMSI faite par l’Académie de chirurgie (1 dans le tableau ci-après), la mortalité précoce est identique dans les établissements publics et privés. Le faible nombre d’interventions serait en revanche un facteur de risque, la mortalité étant deux fois supérieure pour les établissements dans lesquels sont réalisées moins de 25 interventions par an comparés à des établissements qui en réalisent 100 par an (quatre fois supérieure au-delà de 150).

[94] S’agissant de la mortalité à plus long terme, les données de la littérature retrouvent des taux moyens de mortalité globale qui augmentent au fil du temps et en fonction du type d’intervention.

Tableau 5 : Mortalité globale de la chirurgie bariatrique par période et par source

Mortalité globale		1 mois	3 mois	6 mois	1 an	3 ans	6 ans
France	étude données PMSI (1)		0,08 %				
	cohorte CNAMTS 2009 (2)	0,09 %	0,10 %	0,14 %	0,20 %	0,7 %	1,2 %
	cohorte CNAMTS 2015 (2') ³⁴	0,04 %	0,07 %		0,16 %		
International	Meta-analyse Chang et al (3)	0,08 %					

Source : Mission d’après littérature³⁵

[95] En France, la cohorte CNAMTS de patients opérés pour la première fois en 2009 (2 dans le tableau ci-dessus) objective ainsi en 2012 un taux de mortalité à trois ans de 0,7 % (129 décès)³⁶, plus important pour le by-pass (0,95 %) que pour la sleeve (0,64 %) ou l’anneau (0,36 %). Dans son atlas, l’IRDES considère que le taux de 1 pour 1000 est relativement élevé. Outre que les dernières données de la CNAMTS suggèrent une diminution de moitié de ce taux, il faut rappeler que dernier doit être appréhendé sous l’angle du bénéfice risque et mériterait d’être comparé au taux de mortalité à 6 ans de la population obèse non opérée, ce que la CNAMTS pourrait utilement réaliser³⁷.

[96] Le taux de 1,2 %, repris dans la lettre de mission, concerne la mortalité toutes causes de décès confondues sur 6 ans (avec 0,7 % pour l’anneau, 1,4 % pour la sleeve et 2 % pour le bypass). Ce taux à 6 ans qui agrège différents types de décès dont certains n’ont rien à voir avec la chirurgie (accident, mort violente...) n’est pas pertinent pour décrire la mortalité post opératoire. Il conviendrait de comparer ce taux de 1,2 % au taux de mortalité à 6 ans de la population obèse non opérée, ce que la CNAMTS pourrait utilement réaliser.

³³ État actuel de la chirurgie bariatrique en France C Schaaf, A Iannelli, J Gugenheim e-mémoires de l’Académie Nationale de Chirurgie, 2015, 14 (2) :104-107 Estimation Programme de médicalisation des systèmes informatiques 2007- 2012

³⁴ Les anneaux représentaient une part conséquente de la cohorte 2009, technique à moindre taux de mortalité et de morbidité. Il faut en tenir compte, en plus des améliorations techniques, quand on compare l’évolution des taux.

³⁵ (1) État actuel de la chirurgie bariatrique en France (op cit.), 14 (2) : 104-107 (2) Mortalité après chirurgie bariatrique sur 140 000 patients, A. Lazzati, E. Audureau, F. Hemery, D. Azoulay, A Iannelli Journal de Chirurgie Viscérale, Vol 151, Issue 4, Sup Oct. 2014 / (2') données issues de la cohorte Cnamts portant sur les personnes obèses opérées en 2015 et transmises à la mission / (3) The Effectiveness and Risks of Bariatric Surgery An Updated Systematic Review and Meta-analysis, 2003-2012, S Chang, C.R. T. Stoll, ; J Song, et al, *JAMA Surg.* 2014 ; 149(3) :275-287.

³⁶Le taux de mortalité précoce à 30 jours de 1 ‰ (16 décès) et la mortalité par type d’intervention de 0,20 % pour la SG, de 0,03 % pour l’anneau et de 0,35 % pour le Bypass à 1 an.

³⁷ Les personnes obèses opérées présentent ainsi un état de santé dégradé mais statistiquement, leur espérance et leur qualité de vie augmentent par rapport aux non opérées.

1.2.4 Plus difficile à apprécier, la morbidité post-opératoire inclut, outre les complications chirurgicales, les carences nutritionnelles dont la fréquence varie selon les techniques, ainsi que les risques d'ordre psychique

[97] La morbidité post-chirurgie mêle complications opératoires, décompensations d'affections préexistantes et apparition de comorbidités (carences nutritionnelles, addictions, dépression, tentatives de suicide, ...). Pour certains spécialistes, la gestion des suites de la chirurgie bariatrique constitue, avec la préparation préopératoire, le cœur d'une discipline au long cours (« médecine bariatrique »).

[98] Plus ou moins précoces, les complications chirurgicales augmentent avec le type de technique, rares et surtout fonctionnelles avec l'anneau (blocage alimentaire, régurgitation, dilatation œsophagienne, déconnexion chambre, migration de l'anneau, érosion gastrique), moins rares (5-10 %) et plus graves avec la sleeve et le bypass³⁸ (fistule, sténose, hémorragies, embolies, occlusion, ulcère...), la diversion bilio-pancréatique étant la plus à risque (abcès, fistules, hémorragies, sténoses, occlusion, embolies).

[99] Rares après pose d'anneau, les carences nutritionnelles sont plus ou moins fréquentes au décours des interventions malabsorptives (bypass et diversion bilio-pancréatique), justifiant la prise de substituts vitaminiques et d'oligo-éléments à vie (fer, calcium, vitamines B1, B6, B12 et A, D, E, K). La non-substitution peut avoir des conséquences graves : atteintes cardiaques, bérubéri, atteintes neurologiques dont encéphalopathie de Gayet-Wernicke en cas de carence de vitamine B1 dans les mois qui suivent ; neuropathie optique dans les 3 ans si carence en vitamine B12, neuropathies sensitivomotrices à long terme si déficit en vitamines B1, B6, B12. Ces carences peuvent également avoir un effet sur les enfants des femmes déclarant une grossesse après chirurgie bariatrique.

[100] Des carences protéiques peuvent également s'observer après diversion bilio-pancréatique, complication à l'origine de certains décès par insuffisance hépatique. Peu de choses sont connues concernant la sleeve mais l'absence de court-circuit laisse penser que ce type de carences est rare.

[101] Les syndromes malabsorptifs induisent par la chirurgie bariatrique modifient en outre la biodisponibilité de certains médicaments (anticoagulants, antiépileptiques, hormones thyroïdiennes...) qui doivent faire l'objet de dosage et de rééquilibrage le cas échéant.

[102] La perte de poids post-chirurgicale peut également s'accompagner d'une sarcopénie, ou perte de masse musculaire, qu'il convient de dépister et de traiter parce qu'elle produit des effets délétères (difficultés à se déplacer et reprise du poids).

[103] Des difficultés d'ordre psychologique peuvent apparaître ou s'aggraver, en lien avec les modifications du corps qui ne correspondent pas aux attentes des patients (sentiment de vulnérabilité ou d'étrangeté) ou qui, malgré les kilos perdus, ne résolvent pas les problèmes que le patient attribuait à son obésité. Cet écart entre idéal et réalité peut induire, outre une reprise de poids, le développement d'addictions, d'anorexie, de troubles anxieux et dépressifs³⁹. Des publications rapportent des risques suicidaires accrus⁴⁰ après la chirurgie bariatrique, les

³⁸ Le bypass en oméga présente un moindre taux de fistule que bypass mais des tableaux plus graves avec un reflux biliaire dont le rôle pathologique est source de débats (cancer gastrique)

³⁹ Prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique, SOiNS - no 811 - décembre 2016 Marie-Hélène Salamon-Dezaille, Psychologue, Christine Poitou- Bernert, Professeur des Universités, praticien hospitalier

⁴⁰ Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery HA. Tindle, B. Omalu, A. Courcoulas, M. Marcus, J. Hammers, LH. Kuller, Am J Med. 2010 Nov; 123(11): 1036-1042.

adolescents étant notamment considérés comme devant faire l'objet d'une attention particulière⁴¹.

[104] La fréquence de ces complications est difficile à estimer. Mais une analyse de la CNAMTS⁴² réalisée à partir de la cohorte des personnes opérés (bypass et sleeves) atteste de leur importance à travers le recensement de leurs formes les plus graves (ayant conduit à une hospitalisation) : 5 % de complication digestives nécessitant une ré-intervention (lithiase biliaire, occlusion, éventration, sténose, ulcère perforé, hémorragie digestive haute, ...), entre 20 et 30 % de complication digestives à traitement médical (douleurs abdominales, dyspepsie, reflux gastro-œsophagien, ulcère gastroduodénal, gastrite, vomissement, troubles du transit), de 3 à 8 % des complications nutritionnelles, et 3 % de complications psychiatriques.

[105] Enfin, les effets à long terme de certaines techniques chirurgicales ne sont pas connus et pourraient engendrer des graves complications chez les patients opérés (modification de l'anatomie pouvant induire des effets encore inconnus au très long cours).

[106] Au total, la chirurgie bariatrique s'accompagne de complications qui vont retentir sur la qualité de vie et dont certaines peuvent aller jusqu'à engager le pronostic vital. Outre qu'elles justifient un suivi à vie des personnes opérées, la survenue de ces complications devrait être mieux documentée, notamment pour en apprécier la fréquence, les évolutions et si possible, les facteurs prédictifs⁴³, afin de mieux poser l'indication chirurgicale, et de proposer le cas échéant des suivis adaptés (scores pronostics).

[107] Dans la perspective tracée par la recommandation précédente, il conviendrait donc, à partir des cohortes CNAMTS et en lien avec le système national des données de santé (SNDS), d'affiner la mesure et le suivi de la morbi-mortalité liée à la chirurgie bariatrique.

1.2.5 En France, le nombre d'interventions a triplé dans les derniers dix ans

[108] D'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques⁴⁴ (DREES) du ministère de la santé et des affaires sociales, la chirurgie bariatrique connaît une hausse continue depuis l'introduction de la pratique en France, le nombre d'interventions ayant été multiplié par vingt entre 1997 et 2016, et par trois dans les dix dernières années. Près de 500 000 interventions auraient été ainsi pratiquées.

[109] Entre 2002 et 2003, on note, une diminution brutale (-38 %) mais transitoire des interventions faisant suite à une campagne de contrôles de l'assurance maladie (ententes préalables) montrant que de « nombreux patients ne bénéficiaient pas de la totalité des soins devant accompagner cette chirurgie en pré et en post opératoire » (cf. annexe 3 - § 3.2.2.2).

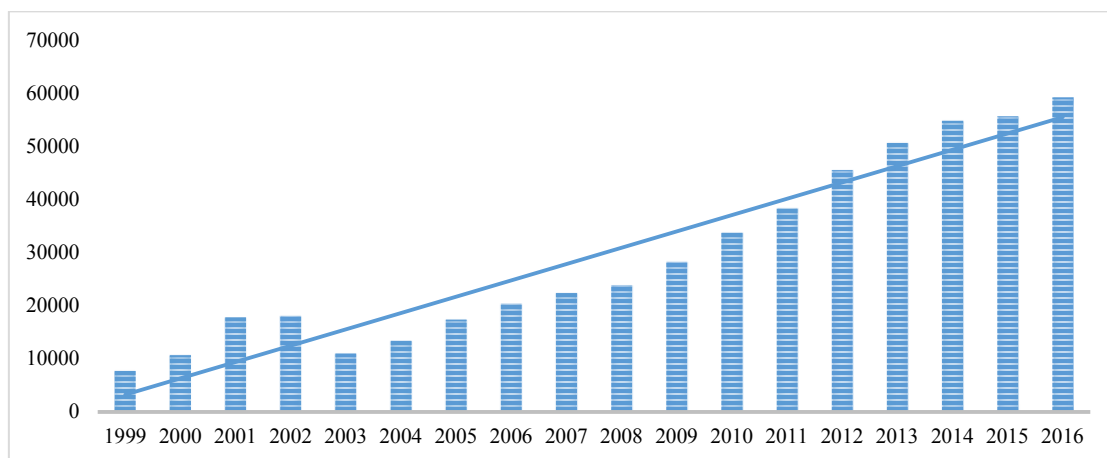
⁴¹ Suicidal Ideation and Behaviors among Adolescents Receiving Bariatric Surgery: A Case-Control Study J. McPhee, E K Freidl, J Eicher, J L. Zitsman, M J. Devlin, T Hildebrand and R Sysko, Eur Eat Disord Rev. 2015 Nov; 23(6): 517-523.

⁴² Long-term follow-up after bariatric surgery in a national cohort. Thereaux J, Lesuffleur T, Païta M, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Millat B, Fagot-Campagna A., Br J Surg. 2017 Sep;104(10):1362-1371

⁴³ La classification des obésités en niveau de risques permet de prédire le risque de mortalité des patients opérables (annexe 6)

⁴⁴ DREES - Etudes et résultats - La chirurgie de l'obésité en France de 1997 à 2003 - n° 410 - juillet 2005.

Graphique 1 : Evolution de l'activité de chirurgie bariatrique toutes techniques confondues (incluant maintenance repositionnement anneau) entre 1999 et 2016

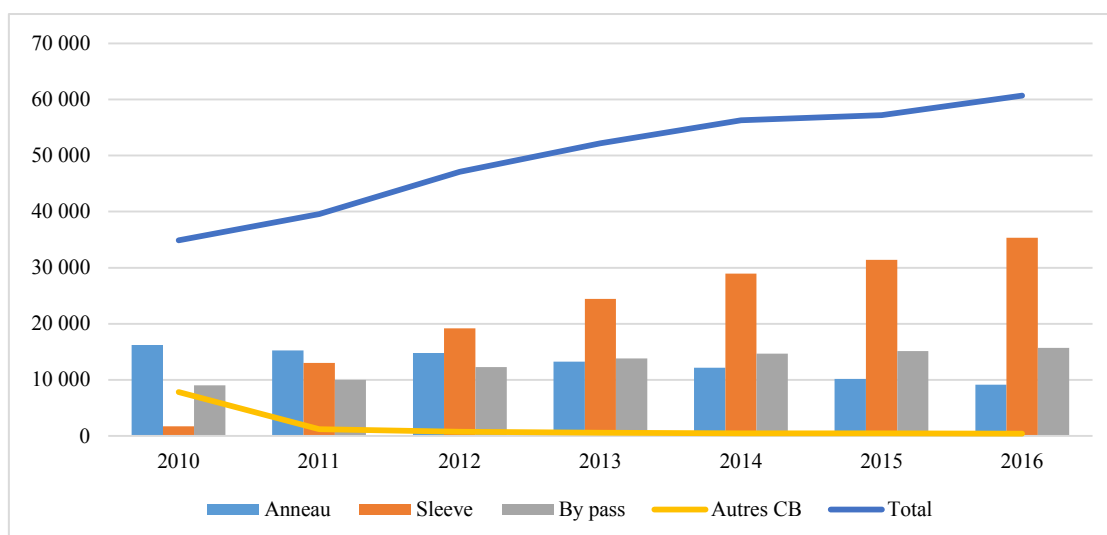


Source : mission d'après DREES

[110] La stabilisation de la codification à partir de 2010, d'une part, l'introduction d'un code spécifique pour la sleeve et sa montée en puissance au même moment, d'autre part, ont amené la mission à centrer son analyse sur la période 2010-2016 via les données de l'ATIH.

[111] On dénombre ainsi 60 670 interventions⁴⁵ de chirurgie bariatrique en 2016 (dont 99 % anneaux, sleeves et by-pass), nombre qui a doublé depuis 2010 sous la poussée de la sleeve. Il semblerait toutefois que la hausse observée depuis plusieurs années s'atténue : depuis 2013, tous actes confondus, le taux de croissance moyen est de 9 % contre 16 % entre 2004 et 2012.

Graphique 2 : Evolution des actes de chirurgie bariatrique de 2010 à 2016



Source : Mission IGAS d'après données ATIH

⁴⁵ Incluant les actes de maintenance et repositionnement d'anneaux qui représentent entre 6000 et 7000 actes par an

[112] De 2010 à 2016, une évolution est observée dans le choix des techniques opératoires, la pose d’anneau gastrique régressant fortement (de 32 % à 4 % du total annuel des interventions) au profit de la sleeve gastrectomie qui connaît un essor remarquable (de 6 % à 66 %), les mêmes tendances étant observées en Europe et en Amérique du Nord.

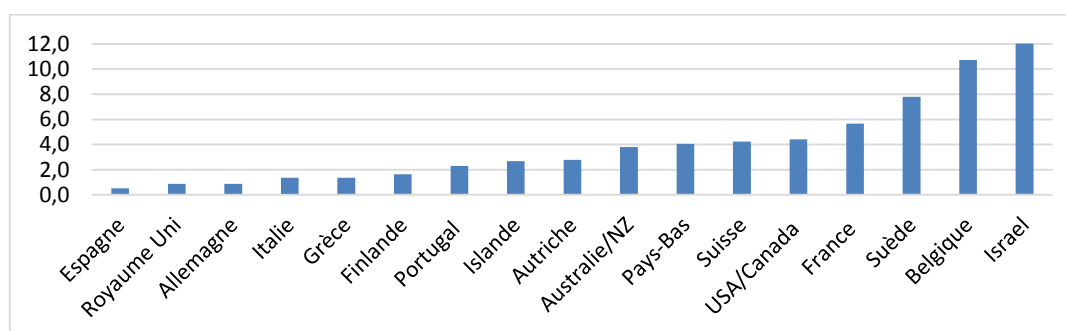
[113] Les parts des 60 ans et plus, et des IMC > 50 sont en hausse sur la période de référence. La CNAMTS relève pour sa part un taux de personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) de 17 %, au-dessus des taux en population générale (10 %), et une augmentation de la classe des IMC < 39 entre 2010 et 2016 (29 % vs 35 %). Les mineurs opérés sont en nombre stable (116 vs 109) mais celui des 18-20 ans augmente (587 vs 712).

[114] Cette augmentation importante du recours à la chirurgie bariatrique est liée à la hausse, dans les vingt dernières années, des cas d’obésité dont une partie évolue vers l’obésité sévère et morbide faute de repérage, de prise en charge et de traitement médicamenteux efficace. Elle tient aussi à la plus grande attractivité de la chirurgie bariatrique, dont la qualité, la sécurité et l’accessibilité se sont renforcées au cours du temps (prise en charge par l’assurance maladie avec tarification initialement intéressante, augmentation du nombre d’établissements et de praticiens pratiquant la chirurgie bariatrique⁴⁶).

1.2.6 Le niveau de recours à la chirurgie bariatrique en France est important comparativement à d’autres pays mais reste difficile à interpréter

[115] Dans l’ensemble des pays où des statistiques sur la chirurgie bariatrique sont disponibles, le nombre d’opérations a été multiplié par 3 entre 2003 et 2011 avec de très fortes disparités selon les pays. Ainsi et à titre d’exemples, des travaux⁴⁷ objectivent en 2013 des taux de 16 opérations pour 10 000 habitants en Israël, de 10 en Belgique, de 8 en Suède, de 6 en France, de 4 en Amérique du Nord, Australie/Nouvelle Zélande, Suisse et Pays-Bas, de 2 à 3 en Finlande, Portugal, Islande et Autriche. Ce taux tombe à 1 en Angleterre (où la prévalence de l’obésité est de 10 points plus importante et le nombre d’obèses sévères plus important qu’en France) ou en Allemagne (où la prévalence de l’obésité est la même qu’en France mais les formes morbides plus importantes) ; en notant que, dans ces deux pays, le recours à la chirurgie bariatrique est contingenté ou non remboursé⁴⁸. Il est enfin de 0,5 en Espagne où l’obésité est aussi importante qu’en France.

Graphique 3 : Taux d’interventions de chirurgie bariatrique pour 10000 habitants en 2013



Source : Mission IGAS d’après article paru dans *Obesity surgery*

⁴⁶ Selon la DREES, de 2006 à 2016, les taux annuels moyen d’évolution d’activité en chirurgie digestive sont de 1% dont plus de la moitié en lien avec la chirurgie bariatrique (qui a plus que compensé la baisse du nombre d’appendicectomies).

⁴⁷ *Obesity surgery*, august 2015, L. Angrisani, A. Santonicola, P. Iovino, G. Formisano, H. Buchwald *Bariatric Surgery Worldwide 2013*, www.researchgate.net/publication/274396213_Bariatric_Surgery_Worldwide_2013 [Jun 20, 2017].

⁴⁸ Au dire d’experts, ces mesures restreignant fortement l’accès à la CHIRURGIE BARIATRIQUE induirait des pertes de chances importantes.

[116] Si le recours à la chirurgie bariatrique est très important en France relativement à la plupart des pays voisins, ce constat doit être nuancé pour plusieurs raisons.

[117] D'une part, ces pays ayant souvent des indications similaires voire plus larges que celles recommandées en France, les écarts entre taux de recours semblent tenir aux conditions d'accès à la chirurgie bariatrique. D'après la CNAMTS⁴⁹, quelques pays ont mis l'accent sur la prise en charge médicale pluri-professionnelle de l'obésité et limité le recours à la chirurgie (Angleterre, Écosse). Certains ont mis en place des procédures de contrôle qui conditionnent la prise en charge financière (Suède, Suisse). D'autres, comme l'Allemagne, ne remboursent pas les actes de chirurgie bariatrique⁵⁰.

[118] D'autre part, faute de données précises concernant les besoins et le niveau de pertinence des indications retenues, il est difficile d'interpréter précisément le taux de recours observé en France. La mission a bien été alertée à plusieurs reprises sur des contournements des recommandations de la HAS, (valeur insuffisante de l'IMC et/ou absence de comorbidités⁵¹, non-respect des délais préopératoires ou des contre-indications), mais les outils de contrôles manquent pour appréhender l'importance réelle de ces mauvaises pratiques⁵². On peut cependant considérer qu'elles ne sont pas anecdotiques au regard du taux de refus de prise en charge (29 %) dans la trentaine d'établissements⁵³ mis sous accord préalable en 2016 (MSAP) (annexe 3, tab 24).

[119] Inversement, il existe des zones de besoins (dont l'importance est également non chiffrée) peu ou pas couverts en raison de problèmes d'accessibilité, au premier rang desquels les DOM (et, de manière moins marquée, d'autres régions métropolitaines) où la discordance entre les niveaux de prévalence et l'activité de chirurgie bariatrique est flagrante (annexes 3 et 6). De même, les populations défavorisées semblent avoir un moindre accès à la chirurgie bariatrique en raison de plusieurs barrières (connaissance de l'offre, proximité géographique, statut économique et social...) qui peuvent être à l'origine d'une perte de chance (annexe 6).

[120] Si on ne peut faire la part entre sur et sous-indications, notamment en l'absence d'estimation chiffrée des besoins, on peut cependant penser qu'en l'absence d'alternative thérapeutique, les besoins actuels en chirurgie demeurent potentiellement importants, la seule obésité morbide concernant à ce jour plus de 600 000 personnes (dix fois le nombre de patients opérés pendant l'année 2016⁵⁴ - cf. tableau 2). Il n'en reste pas moins que les différences très importantes avec des pays comme la Belgique et Israël, ou a contrario comme le Royaume-Uni, l'Allemagne et l'Espagne interrogent, notamment en termes d'interprétation de la balance bénéfico-risque (et de pertes de chance potentiellement induites par les restrictions d'accès à la chirurgie bariatrique dans ces trois derniers pays).

Recommandation n°4 : Procéder à une approche comparée des stratégies d'accès à la chirurgie bariatrique en France et dans des pays qui ont fait le choix d'élargir ou de restreindre l'accès à la chirurgie bariatrique (balance bénéfico-risque au niveau populationnel prenant notamment en compte la morbi-mortalité évitée, le poids des complications, les pertes de chance chez les patients non opérés)

⁴⁹<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017>

⁵⁰ Les opérations chez les adolescents sont interdites dans certains pays (Écosse, Pays-Bas). Quand elles sont autorisées dans d'autres pays, elles sont moins nombreuses et plus encadrées qu'en France (Allemagne, Autriche, Canada, Suède). D'autres pays se sont dotés de centres spécialisés pour toutes les interventions et de centres experts pour les plus complexes (Pays-Bas, Suède, Suisse).

⁵¹ L'introduction récente d'une distinction entre IMC 30-35 et IMC 35-40 dans le codage PMSI permet d'estimer à 5% la part des interventions fait sur des personnes obèses dont l'IMC est inférieur à 35

⁵² La systématisation des indicateurs de qualités IPAQSS développés par la HAS vont cependant dans ce sens

⁵³ Il s'agit d'établissements ciblés sur la base d'indicateurs de risques (cf. annexe 3 - § 3.2.2.2.).

⁵⁴ Sans compter les obèses sévères avec comorbidités éligibles à la chirurgie bariatrique, ni les ré-interventions.

2 ORGANISER LES PRATIQUES EN MATIERE DE CHIRURGIE BARIATRIQUE DE MANIERE COHERENTE ET SECURISEE

2.1 Mieux cadrer et ajuster l'offre de chirurgie bariatrique, mieux appréhender et coordonner les autres acteurs de la prise en charge des personnes obèses sévères ou morbides

2.1.1 Le régime d'autorisation de la chirurgie du cancer fournit un modèle pertinent pour l'encadrement des activités de chirurgie bariatrique

[121] En chirurgie, les autorisations d'activité ne sont prévues que pour quelques activités de soins spécifiques (chirurgie des cancers, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie esthétique ...) dont la chirurgie bariatrique ne fait pas partie⁵⁵. Ces activités sont soumises à des règles précises portant par exemple sur le nombre d'interventions par site, sur la composition de l'équipe médicale pluridisciplinaire (nombre et compétences) et sur l'équipe soignante pluri-professionnelle.

[122] La chirurgie pour le traitement du cancer constitue un modèle intéressant. Plusieurs similitudes existent en effet entre la prise en charge du cancer et celle des personnes obèses sévères. Dans les deux cas, il s'agit d'une maladie irréversible en l'absence de traitement, imposant des parcours de soins avec articulation entre de nombreux acteurs (médicaux et paramédicaux, établissement de santé et professionnels « de ville »...) et des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), obligatoires pour le cancer et recommandées pour l'obésité sévère. Mais les moyens de s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes obèses sont très nettement plus faibles du fait de l'absence de régime d'autorisation.

[123] Dans la chirurgie du cancer, ce régime d'autorisation repose sur des dispositions réglementaires portant sur les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement, et sur des critères d'agrément de l'Institut National du Cancer (INCa). Les dispositions imposent notamment aux titulaires de l'autorisation :

- d'être membre d'une coordination des soins en cancérologie, (réseau territorial reconnu par l'INCa) ;
- de disposer d'une organisation qui assure à chaque patient l'annonce du diagnostic et d'une proposition thérapeutique fondée sur une concertation pluridisciplinaire et traduite dans un programme personnalisé de soins remis au patient ;
- de mettre en œuvre des traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique ;
- d'assurer l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, incluant le soutien psychologique et l'accès aux services sociaux ;
- de satisfaire aux critères d'agrément définis par l'INCa en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses.

⁵⁵ La chirurgie viscérale et digestive dont elle ressort ne fait l'objet d'aucune disposition précisant ses conditions d'implantation et ses conditions techniques de fonctionnement.

2.1.2 Fixer un seuil d'activité en matière de chirurgie bariatrique est nécessaire au regard des enjeux de qualité et de sécurité

[124] Dans la chirurgie du cancer, des seuils d'activité minimale annuelle conditionnent également l'autorisation. Posés par voie réglementaire, ils s'appuient sur les connaissances en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales incluant notamment des critères liés à la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure ainsi qu'au nombre d'interventions effectuées ou au nombre de patients traités sur les trois dernières années.

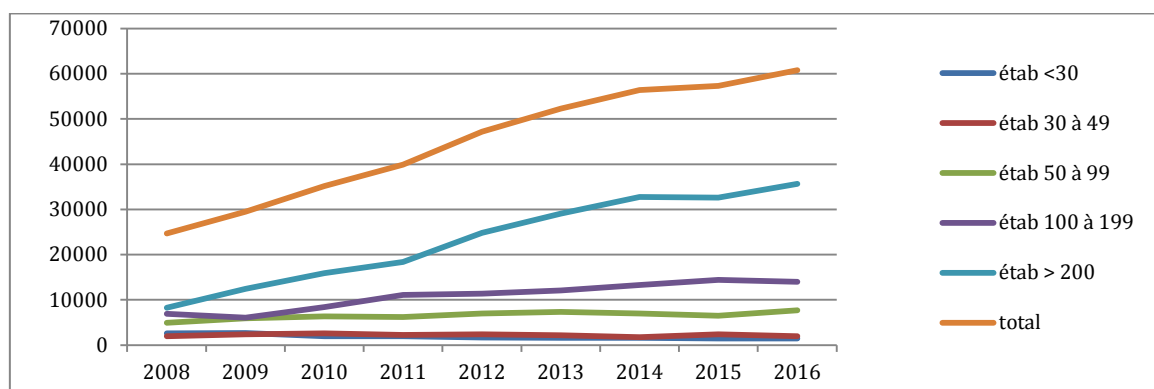
[125] D'après l'étude précitée des données PMSI faite par l'Académie de chirurgie (cf. § 1.2.3 ci-dessus), le faible nombre d'interventions de chirurgie bariatrique serait un facteur de risque, la mortalité étant deux fois supérieure pour les établissements dans lesquels sont réalisées moins de 25 interventions par an comparés à des établissements qui en réalisent 100 par an (quatre fois supérieure pour plus de 150). La mission estime donc, reprenant en cela la position exprimée par la plupart des professionnels qu'elle a rencontrés, que la fixation d'un seuil d'activité pour encadrer la chirurgie bariatrique est indispensable.

[126] Cette position rejoint celle exprimée à la mission par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Pour que la prise en charge amont et aval soit suffisante et bien assurée, le CNOM considère nécessaire de fixer un seuil d'activité minimum susceptible de garantir une pratique opératoire suffisante, ainsi que la capacité à structurer une équipe pluridisciplinaire et à disposer d'un environnement adapté.

[127] En l'absence d'encadrement particulier, l'activité de chirurgie bariatrique s'est développée de manière à la fois importante et hétérogène selon les endroits (Cf. annexe 2).

[128] Le graphique 1 ci-dessous, montre que cette croissance est surtout imputable aux établissements qui réalisent plus de 100 opérations par an (et plus particulièrement ceux au-delà de 200)⁵⁶.

Graphique 4 : Évolution du nombre d'actes de chirurgie bariatrique par catégories d'établissements entre 2008 et 2016

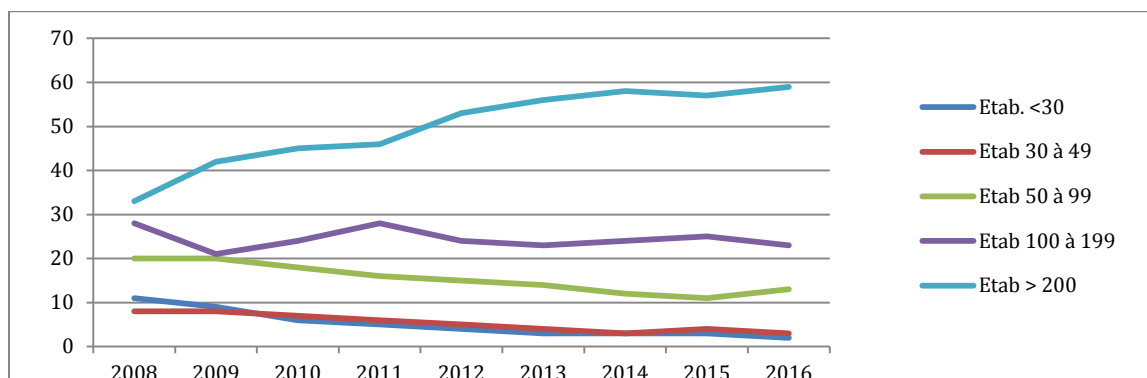


Source : Mission d'après ATIH

[129] Sur la même période (graphique 2), la part des établissements sous le seuil de 50 opérations par an (près de 20 % de l'activité en 2008), est devenue marginale (moins de 5 %).

⁵⁶ On note cependant, une inflexion de cette croissance à partir de 2013 : entre 2008 et 2013, la hausse du nombre d'opérations dans ces « gros établissements » est de 30 % / an ; elle « n'est plus » que de 7 % entre 2013 et 2016.

Graphique 5 : Évolution entre 2008 et 2016 de la répartition du nombre d'actes par strates d'établissements classés selon leur nombre d'actes de chirurgie bariatrique



Source : Mission d'après ATIH

[130] Conjuguées à la nécessité d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, ces évolutions croisées militent en faveur d'un seuil d'activité pour les établissements où est pratiquée la chirurgie bariatrique, ce seuil n'étant à ce jour qu'un critère de choix des CSO (cf. annexes 4 et 6).

[131] La distribution actuelle du volume d'actes par établissement montre qu'en 2016, les établissements sous le seuil de 50 opérations par an (soit une opération par semaine) représentent 40 % des établissements mais seulement 5 % des opérations, et que cette distribution est indifférente au statut juridique des établissements (tableau n°6). Sous le seuil de 100 interventions par an se trouvent 60 % des établissements qui ne réalisent que 20 % de l'activité de chirurgie bariatrique.

Tableau 6 : Ventilation du nombre d'actes de chirurgie bariatrique par nature d'établissements et par niveau d'activité en 2016

Nombre d'actes de chirurgie bariatrique en 2016	Nombre d'établissements				% d'activité par strate d'établissement
	Publics	Privés ESPIC	Privés commerciaux	Total	
<30	70	7	77	154	2 %
30 à 49	27	5	19	51	3 %
50 à 99	43	8	55	106	13 %
100 à 199	34	11	52	97	23 %
200 et +	24	7	61	92	59 %
Total	198	38	264	500	100 %

Source : ATIH

[132] Outre l'avantage d'une plus grande sécurité des soins, l'établissement d'un seuil minimal d'opérations par établissement n'aurait donc, modulo la situation des CSO dont la mission propose par ailleurs de revoir la cartographie (cf. § 4.3.6), qu'un impact relatif en termes de disponibilité de l'offre.

[133] La question se pose du seuil pertinent. Dans un souci d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, et compte tenu de l'impact faible ou modéré de cette mesure sur la disponibilité de l'offre de soins, la mission préconise de retenir un seuil se situant entre 50 et 100 interventions par an.

[134] Pour être autorisés, outre de respecter un seuil, les établissements devront s'engager au respect des bonnes pratiques HAS et faire la preuve, en leur sein ou via des partenariats extérieurs, d'une organisation permettant un suivi de qualité et une traçabilité des patients dans le cadre d'un parcours de soins⁵⁷ au moins sur une période de deux ans (en lien avec le projet de la CNAMTS sur le suivi forfaitaire évoqué aux § 224 et 441).

Recommandation n°5 : Soumettre la chirurgie bariatrique à un régime d'autorisation multicritère inspiré de celui de la chirurgie des cancers, en fixant un seuil minimum compris entre 50 et 100 interventions par an.

[135] Si la réalisation d'un certain nombre d'opérations est une condition favorisant la qualité plusieurs experts rencontrés par la mission ont aussi souligné que, au-delà d'un certain volume d'activité, peut apparaître un risque de baisse de la qualité et de la sécurité des soins lié notamment à des questions d'organisation.

2.1.3 Inégal selon les territoires, le recours à la chirurgie bariatrique suggère une possible inadéquation de l'offre aux besoins

[136] En France, le taux de recours à la chirurgie bariatrique est différent selon les régions et les départements. En 2014, le taux de recours moyen au niveau national est toutes techniques chirurgicales confondues de 72 séjours pour 100 000 habitants. Ce taux varie fortement entre départements (8 en Guyane, 24 dans le Puy-de-Dôme, 170 en Haute-Corse)⁵⁸. Des variations importantes existent aussi entre les taux de recours aux différentes techniques employées.

[137] D'après l'IRDES, la prévalence de l'obésité n'explique pas ces différences puisque les zones géographiques où cette chirurgie est la plus souvent réalisée ne correspondent pas aux zones où l'obésité est la plus fréquente. Cette discordance est particulièrement marquée dans les régions Antilles-Guyane et Réunion, qui affichent les taux d'obésité les plus importants et les taux de recours parmi les plus bas (entre 27-50 séjours pour 100 000 habitants).

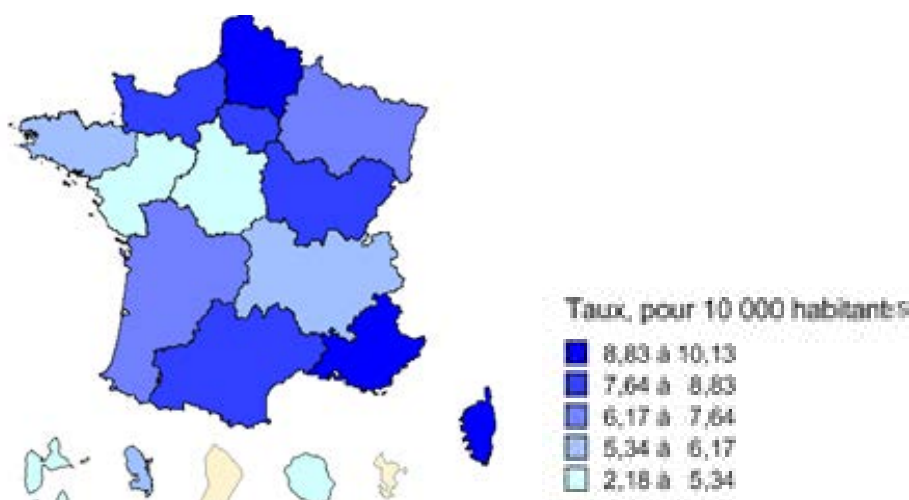
[138] Ainsi, au niveau régional, les écarts entre les taux de recours standardisés⁵⁹ produits par la CNAMTS en 2015 sont très nets (voir schéma ci-dessous et annexe 3 ; § 1.1.3).

⁵⁷ Parmi les critères à respecter devraient notamment figurer la bonne information des patients sur les risques et les contraintes (consentement éclairé) avec la possibilité d'un choix effectif parmi les techniques, les conditions d'un accompagnement préopératoire et d'un suivi postopératoire (programme personnalisé de soins) conformes aux recommandations HAS, la possibilité d'une traçabilité du patient, les garanties de compétences et d'environnement technique appropriées, la tenue d'une véritable RCP, les liens effectifs avec le médecin traitant (incluant au moins un échange de courriers dans les deux sens en préopératoire), voire la participation à un recueil de données épidémiologiques...

⁵⁸ Voir *Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales*. Edition 2016. De manière plus générale, ces taux de recours sont inférieurs à 55 dans 34 départements, compris entre 56 et 114 dans 58 départements et au-dessus dans 8 départements.

⁵⁹ Taux de recours « standardisés », c'est à dire redressés par sexe et par âge de la population d'un territoire

Schéma 2 : Taux d'intervention standardisés par région pour chirurgie bariatrique en 2015



Source : CNAMTS

[139] Pour lutter contre les inégalités d'accès vraisemblables à la chirurgie bariatrique, il est nécessaire de s'interroger sur les déterminants du recours à cette chirurgie comme cela a déjà été fait pour d'autres chirurgies en France. A cet égard, une récente étude de l'IRDES⁶⁰ sur la chirurgie de la prostate a montré que les taux de recours variaient sur le territoire en fonction de l'offre de soins, les écarts interdépartementaux étant expliqués par la densité de chirurgiens et le nombre de lits de chirurgie disponibles.

[140] En l'absence d'étude équivalente pour la chirurgie bariatrique, la mission a réalisé quelques analyses simples sur le modèle de l'étude de l'IRDES pour tenter d'identifier les facteurs explicatifs du taux de recours à la chirurgie bariatrique en France (annexe 6). En analyse de corrélation, le revenu médian et le nombre de lits privés dans le département semblent significativement associés au taux de recours à la chirurgie bariatrique. Ce résultat est confirmé par l'analyse multivariée qui retrouve le facteur économique et l'offre de soins, notamment privée, pour expliquer le taux de recours à la chirurgie bariatrique.

[141] Ces résultats invitent à une étude plus approfondie qui pourrait être faite par l'IRDES. Cela semble d'autant plus requis que l'étude de faisabilité réalisée par la mission suggère la possibilité d'une iniquité d'accès à la chirurgie bariatrique déjà démontrée dans d'autres pays.

Recommandation n°6 : Procéder à une étude visant à analyser les facteurs explicatifs des disparités territoriales en matière de taux de recours à la chirurgie bariatrique en France.

⁶⁰ La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies, Appropriateness of hospital care in France : an analysis of variations in prostatectomy rates. Rev Économique. 2016 Mar 17;67(2):337-54, Or Z, Verbois D.

2.1.4 Dans un contexte de diminution des hospitalisations en médecine pour obésité, la part du recours à l'hospitalisation de jour croît

[142] Les séjours pour obésité en service de médecine et en soins de suite et de réadaptation (SSR) sont, selon les parcours de soins, des alternatives, ou des compléments d'amont ou d'aval à la chirurgie bariatrique⁶¹.

[143] Le nombre des séjours de médecine pour obésité⁶² est environ le tiers de celui du nombre d'interventions de chirurgie bariatrique, et diminue sur la période 2010-2016. Dans ce nombre, la part des « séjours de très courte durée (« niveau T » correspondant à l'hospitalisation de jour-HDJ-) est la plus fréquente. Elle croît relativement aux autres niveaux de séjours, mais en valeur absolue, son nombre diminue (voir tableau ci-dessous).

Tableau 7 : Évolution du nombre de séjours en médecine pour obésité (HDJ et total) dans les établissements entre 2010 et 2016

	niveau	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ES privés ex-OQN	HDJ	1909	1302	1402	1356	1518	1345	1502
		35 %	27 %	30 %	32 %	41 %	40 %	42 %
	Tous séjours	5423	4750	4719	4225	3748	3372	3593
ES publics et privés non lucratifs	HDJ	10344	10889	12491	11367	10047	8908	8785
		53 %	55 %	58 %	55 %	58 %	58 %	59 %
	Tous séjours	19629	19762	21388	20857	17233	15332	14814
Tous établissements	Tous séjours	25 052	24512	29 107	25112	20 981	18 704	18 307

Source : Mission à partir de données ATIH

[144] La forte baisse des séjours en médecine pour obésité apparaît en contradiction avec l'augmentation significative du nombre des personnes opérées⁶³ qui doivent, selon les recommandations HAS, bénéficier en principe d'un bilan préopératoire et d'un suivi post-opératoire. Cette situation peut s'expliquer par une sous-estimation du repérage de l'obésité dans les prises en charge médicales (biais dans le codage dû à sa complexité et à la présence de comorbidités) et suggère qu'au maximum un tiers des personnes opérées effectueraient un séjour en médecine de l'obésité, et que les deux-tiers restant bénéficient pour une part d'un bilan et d'un suivi en secteur libéral, tandis qu'une autre part est peu, voire pas suivie du tout.

2.1.5 Hétérogène selon les régions, le recours au SSR pour la prise en charge de l'obésité sévère/morbide mériterait à la fois d'être promu et mieux cadré

[145] Il convient par ailleurs de prendre en compte les SSR où certains patients opérés ou à opérer sont pris en charge. Le nombre de séjours en SSR pour lesquels l'obésité est la morbidité enregistrée lors de l'admission s'élevait à 55 000 en 2014, soit une faible proportion (3 %) du total des séjours en SSR. Mais cette proportion atteint 16 % pour les mineurs et 9 % pour les adultes de moins de 35 ans (voir Annexe 3 ; tableau 10) en correspondance avec des « séquences de soins » pour des personnes obèses

⁶¹ La capacité nationale en SSR est de 115 000 lits et places et 1 830 établissements (versus 450 000 lits et places et 2 800 établissements autres établissements de santé)

⁶² Racine de GHM 10M09

⁶³ Auxquelles devrait s'ajouter le nombre de personnes pour lesquelles une opération bariatrique avait été envisagée et qui sont finalement orientées vers une prise en charge hospitalière de type médical.

[146] En outre, le recours au SSR pour obésité apparaît dé-corrélé de la prévalence de l'obésité suivant les régions. Une étude réalisée en 2011 par la DGOS a montré que l'importance du recours est liée à celle de l'équipement en SSR dans la région. Mais quand le recours est élevé (comme en PACA), l'équipement peut ne pas suffire et induire une demande de prise en charge hors région. Une situation quasiment inverse prévaut dans le Nord avec un relativement faible recours au SSR au stade de l'obésité, puis, quand l'obésité morbide est installée, un recours très élevé.

[147] Au total, ces observations convergent avec les constats de la mission sur le terrain. L'activité des services de médecine pour obésité est, hormis les CSO, peu évoquée par les acteurs et les SSR ne sont cités que dans un deuxième temps, parmi les dispositifs au service de parcours de soins pour les personnes obèses. Or, si on se réfère à l'instruction DGOS du 23 mars 2012 relative aux actions 9 et 25 du plan obésité, et à l'avis d'experts rencontrés par la mission, les SSR constituent une réponse adaptée dans la prise en charge d'un certain nombre de situations des personnes obèses, notamment pour préparer ou éviter une opération (perte des poids) ou accompagner, en post-opératoire, la consolidation de comportements hygiéno-diététiques (dont la prévention et la remédiation de la fonte musculaire ou sarcopénie).

[148] La mise en œuvre de la réforme du financement des SSR⁶⁴, en même temps que la construction des programmes régionaux de soins - PRS - (2018-2022) doit constituer une opportunité pour mieux inclure les SSR dans une logique de parcours de soins.

Recommandation n°7 : Dans le cadre des nouveaux PRS (2018 – 2022) et à l'occasion de la réforme du financement des SSR, demander aux ARS de définir des parcours de santé incluant davantage les SSR dans la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides (en particulier en amont et aval de la chirurgie bariatrique).

[149] L'activité des SSR pouvant être caractérisée à partir des données cliniques qui y sont recueillies, il serait par ailleurs nécessaire de mieux préciser, en actualisant le cahier des charges joint à l'instruction précitée, les indications et modalités de prise en charge de ces publics. Pour appuyer cette démarche, la HAS pourrait étudier l'intérêt et la faisabilité d'une recommandation portant sur la prise en charge en SSR des adultes et mineurs obèses sévères et morbides.

2.1.6 Les médecins généralistes doivent être effectivement au cœur du dispositif de prise en charge

[150] Deux types de mesures permettraient de favoriser cet objectif déjà évoqué en §1.1.2 :

- donner aux médecins généralistes la possibilité de s'appuyer sur plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux dont la formation et la disponibilité justifient d'être renforcés ;
- améliorer des transmissions d'information entre médecins traitants et médecins des établissements.

[151] Classiquement cités comme pivot de la prise en charge des personnes obèses dans la prévention, dans le suivi et l'accompagnement (qu'il y ait eu ou non chirurgie bariatrique), les médecins traitants manquent à la fois de formation et de relais pour jouer pleinement leur rôle d'évaluation, d'orientation et de suivi. A cet égard, la mission considère qu'il est notamment nécessaire⁶⁵ :

⁶⁴ La dotation modulée à l'activité – DMA- a été introduite le 1^{er} mars 2017.

⁶⁵ Les observations de la mission confirment la pertinence de chacune de ces voies pour un renforcement du rôle du médecin traitant dans la prise en charge des personnes obèses. Certaines initiatives s'appuient sur tous ces leviers, mais

- de renforcer la formation initiale (voir annexe 4 ; § 1.3.3) des médecins généralistes au-delà des seules recommandations de bonnes pratiques de la HAS⁶⁶. Mais les progrès à attendre d'un renforcement de la formation initiale et continue seront longs avant de se concrétiser. En effet, l'impact d'une modification de la formation médicale initiale ne pourra être observé au mieux que dans une dizaine d'année, au surplus dans l'hypothèse où cette modification serait jugée prioritaire dans le cursus des futurs médecins ;
- de renforcer la formation continue (apport de connaissances et compétences) via le dispositif du développement personnel continu (DPC) dans lequel il convient de faire croître la part consacré à l'obésité, sachant qu'elle dépend in fine du choix de chaque médecin, par ailleurs sollicité sur de nombreuses thématiques (voir annexe 3 - § 1.3.3 ...).

[152] Pour faire face à l'épidémie d'obésité, il est par ailleurs nécessaire de disposer d'un état actuel des compétences médicales disponibles, complété d'une cartographie des compétences paramédicales mobilisables (infirmier, psychologue, diététicien, nutritionniste, STAPS, APA....) pour les soins aux personnes obèses (incluant sévères et morbides) et d'une évaluation des besoins prévisibles à échéance de 10 ans. Sur le modèle des études réalisées pour la prise en charge des personnes malades du cancer par l'observatoire national des professions de santé (ONDPS), la mission préconise de dresser un état des lieux des compétences et des professionnels pour la prise en charge des personnes obèses sévères ou morbides, et de déterminer les besoins actuels et à venir en la matière.

[153] Les médecins généralistes ont également besoin de pouvoir faire appel à des médecins nutritionnistes connaissant les spécificités des personnes obèses. Les médecins spécialistes endocrinologues rencontrés par la mission pointent unanimement les effets négatifs de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales (suppression du DESC nutrition qui est incorporé au nouveau DES endocrinologie – diabétologie – nutrition) sur la démographie des médecins nutritionnistes en activité. De fait, le nombre de postes ouverts en 2017 et les délais pour que se constituent des formations spécialisées transversales (FST) conduiront à une baisse du nombre de spécialistes formés (cf. annexe 3 - § 1.3.3.). La mission souhaite attirer l'attention sur le risque de voir devenir insuffisante la ressource en médecins nutritionnistes formés à la prise en charge de l'obésité.

Recommandation n°8 : Demander à l'ONDPS de produire une cartographie à dimension prospective des besoins et des ressources médicales et paramédicales disponibles et à mobiliser pour la prise en charge des personnes obèses et sa coordination, avec des focales sur la formation des médecins généralistes et sur l'évolution du nombre de médecins nutritionnistes.

[154] La mission propose en outre d'améliorer des transmissions d'information entre médecins traitants et médecins des établissements nécessaires pour coordonner les soins. A cet effet, il convient :

- de mieux faire appliquer⁶⁷ l'article L.1112-1 CSP, modifié par la loi du 2 janvier 2016 qui renforce et précise les transmissions d'information entre médecins (praticien qui oriente une personne vers un établissement de santé, médecin traitant et médecin de l'établissement⁶⁸) ;

elles sont exceptionnelles et, souvent, selon l'expression d'un responsable, elles sont « *personne- dévouée-et- qualifiée-dépendantes* ».

⁶⁶ *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours*, HAS, 2011 et voir annexe 4 - § 3.1.2.

⁶⁷ Ce dispositif est « normatif » mais aucun dispositif de sanction n'est prévu

⁶⁸ *Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son*

- de reconnaître comme une consultation longue la consultation du médecin traitant à l'issue de laquelle celui-ci rédige ce document à l'attention du chirurgien ou de l'établissement.

[155] De manière plus générale, la mission propose enfin que le tarif de remboursement de la consultation de suivi d'enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité⁶⁹ soit appliqué aux personnes adultes obèses sévères ou morbides.

Recommandation n°9 : Rendre effective l'obligation légale de transmission de courrier du médecin traitant vers l'établissement (ou le chirurgien) dans lequel le patient se rend en vue d'une possible opération de chirurgie bariatrique en conditionnant à cette transmission le remboursement de l'opération aux praticiens, et en appliquant le tarif de « consultation longue » pour le médecin traitant.

[156] En termes de relais et de soutien à l'action du médecin traitant (et des établissements assurant une prise en charge des personnes obèses et morbides), il faut également que celui-ci puisse s'appuyer effectivement sur :

- les réseaux de santé, les plateformes territoriales d'appui (PTA⁷⁰, encore peu opérationnelles) ou, le cas échéant, les maisons ou les pôles de santé (MPS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPPS), ou les centres de santé (CS) (Cf. § 331 – annexe 3 §2.2) ;
- l'intervention d'un psychologue et/ou d'un diététicien, acteurs importants de la prise en charge (§ 1.1.2 et voir ci-après, 3.3.2 ainsi que annexe 3 § 1.3.2) et des professionnels des activités physiques adaptées (voir également annexe 3 ; § 1.3.2).

2.2 Améliorer la pertinence et la qualité des soins pour optimiser l'efficacité de l'intervention et réduire les risques sanitaires

[157] Les constats et recommandations du présent chapitre sont inspirés de l'annexe 2.

2.2.1 Les recommandations de la HAS visent à assurer pertinence et qualité des interventions

[158] La HAS a publié en 2009 des recommandations visant à encadrer la chirurgie de l'obésité de l'adulte pour améliorer sa pertinence et son efficacité à long terme et réduire la survenue des complications. Seuls sont concernés les patients dont l'IMC est supérieur à 40, ou à 35 en présence de comorbidités⁷¹. Les enfants et les adolescents constituent une population à part qu'il faut s'abstenir d'opérer en limitant le cas échéant les interventions à des structures spécialisées et suivre de très près⁷². Au-delà de 60 ans, il faut peser l'indication avec soin car le risque opératoire est plus élevé, la récupération postopératoire plus difficile et le risque de dénutrition plus important qu'en population plus jeune.

hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, (...).

⁶⁹ Cf. convention médicale du 25/08/2016 et son avenant n°1 du 30/12/2016, qui inclut la surveillance régulière de la courbe de poids des enfants de moins de 16 ans, parmi les 29 indicateurs à partir desquels la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) est calculée.

⁷⁰ Cf. l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

⁷¹ Syndrome d'apnée du sommeil, asthme, insuffisance respiratoire, diabète, affections cardiovasculaires, hypertension artérielle, syndrome métabolique, dyslipidémie, stéatose hépatique non alcoolique, ...

⁷² Fiche HAS janvier 2016 : critère d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans.

[159] Les bonnes pratiques prévoient que les interventions soient réalisées dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire incluant l'information du patient, son évaluation physique et psychologique⁷³, après décision prise au sein d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (chirurgien, anesthésiste, nutritionniste, psychologue, diététicien...). Pour obtenir des résultats durables et prévenir les complications tardives, l'intervention chirurgicale doit être suivie d'une modification du mode de vie, tant en termes d'alimentation que d'activité physique. Le patient doit accepter de se soumettre à un suivi chirurgical, diététique et métabolique à vie. Pour les personnes éligibles à la chirurgie, une balance bénéfique risque doit être établie au cas par cas pour définir les conditions et les techniques opératoires les plus adaptées au profil de la personne.

2.2.2 Les évolutions des techniques et pratiques intervenues ces dernières années conduisent à revoir les recommandations de la HAS et à mener des actions spécifiques en direction de certaines populations

[160] Depuis la production de ces recommandations qui prévoyaient d'ailleurs d'être réactualisées au bout de 5 ans, les effets métabolique de certaines techniques se sont confirmés, au point de conduire endocrinologues et chirurgiens à plaider pour un élargissement des indications pour les obèses diabétiques dès IMC > 30, comme cela se fait déjà dans certains pays (la question avait déjà été posée par la HAS en 2009 sans que le bénéfice risque ne puisse être établi faute de recul suffisant).

[161] Par ailleurs, la dimension psychique doit être considérée en amont et en aval de la chirurgie⁷⁴. L'objectif de l'évaluation initiale est de repérer les grandes contre-indications psychiatriques et les profils à faible potentiel d'observance postopératoire (une partie des perdus de vue). L'idée est aussi de préparer le patient aux effets de la perte de poids en termes d'image de soi et d'impact sur sa vie sociale et relationnelle. Le suivi postopératoire vise à prévenir les différents risques connus (impact sur l'image de soi, et sur la vie relationnelle dépression, risque suicidaire, transfert vers d'autres addictions,...)

[162] Or, d'après l'avis d'experts rencontrés par la mission, l'évaluation initiale (et le suivi postopératoire) du patient serait souvent faite par des psychiatres ne connaissant pas ou peu les problématique de l'obésité (dont sa dimension addictive incluant les troubles du comportement alimentaire et leurs effets sur l'efficacité de la chirurgie / TCA). A cet égard, il apparait nécessaire de mieux informer (HAS) et de mieux former (CSO) les équipes hospitalières et les psychiatres (et les psychologues cliniciens) à la prise en charge psychologique et psychiatrique de l'obésité tout en se donnant les moyens d'inventorier et d'évaluer si besoin les outils disponibles (auto-questionnaires, génogramme, anamnèse des traumatismes, ...).

[163] Il serait également souhaitable, à défaut de pouvoir conseiller systématiquement une technique plutôt qu'une autre, d'insister sur leurs limites avec le recul acquis depuis 2009 (critères d'exclusion), en se donnant les moyens de surveiller et d'évaluer les techniques hors recommandation (N sleeve, bypass oméga).

[164] La pose de l'anneau ayant très fortement régressé alors qu'il présente certains avantages, il faudrait aussi réévaluer l'intérêt réel d'y recourir et les conditions permettant d'optimiser sa maintenance et son usage.

⁷³ Psychiatre ou psychologue

⁷⁴ Il y a une composante psychique dans la physio-pathologie de l'obésité (passé traumatique, agressions sexuelles...). Ce sujet est peu documenté mais il semble assez fréquent (l'UMCO estime que 80 % de ses patients seraient concernés).

[165] Ce travail sur les techniques serait également l'occasion de rappeler l'importance de pouvoir effectivement proposer au patient plusieurs techniques comme le prévoient les recommandations⁷⁵. A profil égal, deux patient peuvent se voir proposer des techniques différentes d'un endroit à l'autre, du fait notamment des habitudes locales, le choix des techniques semblant pour beaucoup relever des établissements de santé et des chirurgiens, posant la question de l'information du patient et de sa marge de détermination (annexes 2 et 3). Même s'il n'a pas les moyens de discerner par lui-même la solution qui est techniquement la plus adaptée à sa situation, le patient doit pouvoir donner son accord en connaissance de cause, eu égard au caractère irréversible et plus risqué des interventions présentées comme les plus efficaces. De même, si une information est proposée au patient par la plupart des services visités, sa qualité pédagogique et son niveau de précision sont en revanche variables d'un endroit à l'autre.

[166] De même, la question des reprises et le passage d'une technique à l'autre est un sujet sensible devant faire l'objet d'un plus strict encadrement (question également évoquée par la HAS en 2009 mais non traitée faute de données suffisantes).

[167] Certains groupes de patients particulièrement vulnérables, comme les jeunes, les personnes de 60 ans et plus⁷⁶, ou certaines situations comme les ré-interventions devraient faire l'objet de bonnes pratiques actualisées, incluant un parcours de soins adapté. De même, les femmes opérées enceinte (ou susceptibles de l'être) dont les effets de la chirurgie peuvent impacter la santé⁷⁷ de l'enfant (annexe 6) doivent continuer à faire l'objet d'une vigilance renforcée sur le plan gynécologique et obstétricale.

[168] Enfin, qu'il s'agisse d'évaluation d'amont ou de suivi d'aval (cf. §2.2.4 et annexe 2), avec la hausse des flux opératoires, il semble impossible de proposer à tous les patients le même suivi recommandé à vie par la HAS, pour des questions de moyens à mobiliser (voire de saturation des capacités d'absorption)⁷⁸, les experts faisant par ailleurs valoir que tous les patients n'ont pas forcément besoin du même niveau de suivi⁷⁹. A cet égard, la HAS doit préciser les modalités de suivi général des patients opérés avec un focus sur les modalités d'intervention du médecin généraliste dont le rôle a été souligné par un récent rapport de l'Académie nationale de médecine⁸⁰ (cf. annexe 2).

⁷⁵ La campagne IPAQSS 2017 de l'HAS montre qu'environ 25 % des établissements réalisent une seule technique, 46% deux techniques, 29% au moins 3 techniques.

⁷⁶ <http://www.chu-toulouse.fr/-etude-clinique-sur-l-obesite-chez-les-seniors->, l'anneau étant par ailleurs la technique préconisée par certains experts dans cette tranche d'âge au regard des risques associés. Les données de la cohorte CNAMTS 2015 font état de taux de mortalité post chirurgie de 2 % chez les 66-70 ans, et de 7% chez les plus de 70 ans.

⁷⁷ D'après la CNAMTS, 3000 femmes sur les 15000 opérées en 2009 (20 %) ont été ultérieurement enceintes (4500 grossesses). Par ailleurs, le nombre de grossesses dans les 3 mois qui suivent l'opération atteindrait 1 % des patientes malgré les contre-indications (la HAS recommande d'attendre 12- 18 mois que le poids soit stabilisé et que l'état nutritionnel soit vérifié).

⁷⁸ « Dans la plupart des centres, le suivi exhaustif de ces importantes cohortes de patients n'est pas en adéquation avec les ressources disponibles. La prise en charge peu lisible et encore insuffisante par l'assurance maladie du suivi postopératoire, ne permet pas le recrutement de personnels en nombre suffisant pour assurer ces missions chronophages », Réunion d'experts sur le « suivi du patient après chirurgie bariatrique » 30 janvier 2015 », <http://www.academie-chirurgie.fr/presse.htm>

⁷⁹ Les mêmes experts proposent de différencier le suivi post-opératoire en fonction du profil des patients. En cas d'évolution favorable (amaigrissement stabilisé, comportement alimentaire maîtrisé, comorbidités ayant régressé ou disparu), le suivi peut devenir semestriel puis annuel voire pluriannuel et relevant du médecin traitant ; et en cas d'évolution défavorable (reprise de poids, complication, aggravation des comorbidités, besoin de soutien), le médecin traitant oriente le patient selon les cas vers l'équipe bariatrique, le diététicien, le psychologue ou le service d'urgences spécialisé en complications bariatriques.

⁸⁰ "Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique", de l'Académie Nationale de médecine, décembre 2017 Claude JAFFIOL, Jacques BRINGER, Jean-Paul LAPLACE, Catherine BUFFET au nom de la Commission XI (Appareil digestif – Alimentation – Nutrition – Maladies métaboliques). Voir résumé en annexe 2.

[169] A terme et dans l'idéal, les recommandations de la HAS autour des indications devraient inclure des indicateurs de prédiction⁸¹ des risques de complications de la chirurgie bariatrique (annexes 6).

Recommandation n°10 : Demander à la HAS de produire une recommandation spécifique sur les réinterventions (en statuant sur la pertinence de techniques voire d'établissements dédiés) et d'actualiser ses recommandations sur la chirurgie bariatrique pour améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- **en précisant, le cas échéant, les indications ou les critères d'exclusion de chacune des trois grandes techniques (avec un focus sur l'intérêt de recourir à l'anneau et les conditions permettant d'optimiser sa maintenance et son usage) ;**
- **en affinant, sur la base de la littérature et des observations de la mission, la manière d'explorer spécifiquement la dimension psychique des patients, en pré-opératoire comme en post-opératoire, et en analysant l'effet des TCA sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique;**
- **en documentant la question des techniques non encore évaluées (bypass en oméga, N-sleeve...) en vue de proposer rapidement un avis sur leur pertinence ;**
- **en affinant les conditions de prise en charge des personnes de 60 ans et plus (circuit, techniques, procédures, établissements dédiés...), et en réinterrogeant celles des femmes enceintes (ou susceptibles de l'être) ;**
- **en évaluant la pertinence de la chirurgie métabolique pour en déduire le cas échéant des bonnes pratiques ;**
- **en précisant les modalités de suivi général des patients opérés incluant notamment les apports nécessaires en vitamines et suppléments pour prévenir et traiter les carences, ainsi que le rôle et les modalités d'intervention du médecin généraliste.**

[170] Pour les mineurs dont le nombre d'interventions, en constante hausse depuis 2009, était en 2015 de plus de 100/an réparties sur de nombreux établissements (80 % des 38 ES concernés faisaient au maximum 3 interventions par an, et presque 50 % n'en faisaient qu'une, tandis qu'un seul ES non CSO en faisait 17), il apparaît nécessaire de réserver les interventions de chirurgie bariatrique à quelques centres spécialisés. Sachant par ailleurs qu'en 2015, 38 établissements ont opéré des mineurs parmi lesquels seuls 9 étaient des CSO.

[171] L'instruction DGOS du 11 janvier 2016⁸² demande d'encadrer plus strictement la chirurgie bariatrique des jeunes de moins de 18 ans, en conditionnant dans un premier temps le remboursement de telles interventions à une stricte régulation au travers de la prise en charge par l'assurance maladie (transmission pour avis au médecin conseil national des RCP émanant d'un CSO et attestant que la situation exceptionnelle du patient nécessite une telle intervention). Elle fait référence à la fiche memo de la HAS relative à la définition de critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans qui vise à limiter la réalisation de ces actes à un certain nombre de centres hyperspécialisés à compétences pédiatriques répondant à un cahier des charges décrivant les règles de bonnes pratiques et définissant des critères de

⁸¹ Inspirés de la classification d'Edmonton (annexe 6) sur l'adaptation de laquelle les Prs A. Basdevant et O. Ziegler travaillent actuellement. Utilisé en Amérique du Nord, cet outil permet de classer les personnes obèses selon 5 niveaux en fonction de la présence de symptômes psychologiques, fonctionnels et médicaux et d'identifier celles présentant un haut risque de mortalité, et de prédire pour chaque patient le risque de complications post-opératoires. Selon le niveau de cette classification, l'indication chirurgicale peut être revue en préconisant l'abstention ou être assortie de mesures préventives spécifiques pour réduire les risques de complications.

⁸² Instruction DGOS/R4 n 2016-13 du 11 janvier 2016 relative à la régulation des actes de chirurgie bariatrique chez les patients de moins de 18 ans.

qualification et des conditions techniques⁸³. En outre, la HAS recommande de doubler, après 12 mois, la première RCP donnant un avis favorable à l'intervention de chirurgie bariatrique, par une RCP dans un CSO à compétence pédiatrique.

[172] Or, des interlocuteurs de la mission lui ont indiqué que ces règles ne sont pas strictement respectées. A cet égard, la mission attire donc l'attention de la DGOS et des ARS sur la nécessité de s'assurer du respect de la bonne application de l'instruction DGOS du 11 janvier 2016 et de la fiche memo HAS correspondante, et donc d'évaluer leurs effets respectifs.

Recommandation n°11 : Evaluer l'impact effectif de l'instruction DGOS du 11 janvier 2016 sur le recours à la chirurgie bariatrique chez les mineurs et, en l'absence d'amélioration nette, prendre des mesures plus coercitives.

[173] De même, le caractère irréversible des interventions et les incertitudes à long terme imposent que l'innovation en matière de chirurgie bariatrique soit encadrée par les pouvoirs publics, en procédant à des évaluations voire en la subordonnant à des protocoles de recherches.

Recommandation n°12 : Encadrer l'innovation en matière de chirurgie bariatrique en la subordonnant à la production de recherches multicentriques faisant apparaître l'intérêt de l'intervention en termes de bénéfice-risques, et conditionner le cas échéant le remboursement de telles interventions à leur validation par la HAS.

2.2.3 Malgré son fort enjeu de santé publique, l'accompagnement préopératoire des patients s'avère insatisfaisant

[174] Afin d'aider les professionnels à évaluer et à améliorer leurs pratiques, la HAS a développé des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) concernant la prise en charge chirurgicale d'amont de l'obésité. Dans son rapport portant sur 19 403 dossiers analysés par 451 établissements de santé pratiquant la chirurgie bariatrique⁸⁴, la HAS conclut que « tous les résultats des indicateurs sont en augmentation » mais que certains montrent une marge de progression réelle. Ainsi :

- La recherche des trois principales comorbidités nécessaires pour une personne dont l'IMC est < 35, afin de poser l'indication chirurgicale, fait partiellement ou totalement défaut dans 20 % des dossiers ;
- La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), qui joue un rôle central dans la décision d'opérer, fait également défaut dans 20 % des cas. La communication de la stratégie de prise en charge au médecin traitant, indispensable à toute coordination, n'est effective que dans 70 % des cas ;
- L'information préopératoire minimale du patient manque aussi dans 20 % des cas, s'agissant de l'information pourtant cruciale sur le suivi postopératoire, la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention.

⁸³ Ces centres doivent disposer d'une équipe pédiatrique pluri professionnelle pouvant justifier d'une expérience dans la prise en charge de situations d'obésité pédiatrique complexes ; organiser le relais entre la prise en charge pédiatrique et la médecine d'adultes (protocole de transition adolescent/adulte formalisé et opérationnel) ; travailler en lien avec une équipe chirurgicale ayant un niveau d'activité soutenu en chirurgie de l'obésité, pratiquant les diverses interventions de chirurgie bariatrique ; assurer de manière intégrée la préparation, la phase opératoire et post-opératoire et le suivi au long cours ; et avoir les moyens de collecte d'informations durables sur le devenir des opérés.

⁸⁴ 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/Résultats nationaux de la campagne 2017 - Données 2016 », novembre 2017

[175] L'agrégation de ces indicateurs montre au total que 30 % des patients n'ont pas bénéficié du bilan préopératoire complet (comprenant bilan de comorbidités, bilan endoscopique et évaluation psychologique/psychiatrique) alors que ces éléments sont un prérequis indispensable pour poser une indication chirurgicale pertinente. Par ailleurs, seule 50 % des médecins traitant ont été destinataires du compte rendu de la RCT complet.

[176] S'agissant des conditions d'organisation de la préparation d'amont, le recueil IPAQSS pour 2017 montre par ailleurs que dans un tiers des établissements de santé, la prise en charge des patients candidats à la chirurgie bariatrique ne se fait pas au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé (induisant donc un risque d'aléa dans la prise en charge).

[177] Au regard de ce qui précède, la HAS considère qu'il s'agit de « résultats mitigées ne permettant pas de garantir à tous les patient la pertinence et la réussite de leur opération »⁸⁵. Plusieurs modes d'interventions peuvent être envisagés en vue du respect des recommandations portant sur l'accompagnement préopératoire :

- se doter d'un outil nouveau que la mission propose par ailleurs (cf. § 2.1) : étendre le régime des autorisations chirurgicales aux ES pratiquant la chirurgie bariatrique (autorisation multicritère avec seuil, en plus d'un renforcement des outils existants comme le conventionnement avec un CSO) ;
- renforcer la tenue et le rôle des RCP d'établissement en inscrivant leur principe dans les CPOM que passent les ARS avec les établissements MCO ayant une activité de chirurgie bariatrique, et en en faisant un axe renforcé des contrôles réalisés par les ARS et l'assurance maladie (MSAP...) ;
- généraliser et rendre obligatoire l'organisation régulière, par les CSO, de RCP dites « de recours » (en présentiel ou via des moyens de communication à distance) et/ou des revues de morbi-mortalité (RMM), comme le propose la mission dans le présent rapport (cf. § 4.4.1).

[178] A l'instar de ce qui se fait pour le cancer, le CNOM a suggéré à la mission d'imposer des preuves que la RCP d'établissement a bien été menée, en s'interrogeant sur la possibilité d'un régime de sanction disciplinaire.

Recommandation n°13 : Renforcer l'obligation d'organisation de RCP d'établissement par des mécanismes de conventionnement (CSO via les partenariats, ARS via les CPOM) et d'accompagnement / contrôle (MSAP), voire de coercition (retrait d'autorisation, sanctions ordinaires).

[179] De manière générale et faute de disposer d'indicateurs portant sur les résultats de la chirurgie bariatrique, il est indispensable que les pouvoirs publics s'appuient sur les IPAQSS, notamment ceux consacrés à la prise en charge pré-opératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte (dit « OBE »). Ces indicateurs OBE doivent donc continuer à nourrir l'élaboration des plans régionaux d'amélioration de la pertinence de soins (PAPRAPS)⁸⁶.

⁸⁵ « Satisfaction des patients hospitalisés et résultats 2017 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France », décembre 2017, HAS.

⁸⁶ Les plans d'action pluriannuels régionaux de la pertinence des soins (PAPRAPS - voir annexe 3 ; paragraphe 3.3.4) sont récents. Ils ont issus de l'article 58 de la LFSS pour 2015 qui a, par ailleurs, institué les mise sous accord préalable (MASP). Cet article affirmait que le PAPRAPS : « définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins dans la région, en conformité avec les orientations retenues dans les programmes nationaux de gestion du risque (PNGDR) ... (et) ... précise les critères retenus pour identifier les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins prévu au II du présent article et ceux faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable ... ». Des constats et de propositions sur la chirurgie bariatrique figurent dans les PAPRAPS de toutes les régions et constituent ainsi une impulsion coordonnée des responsables régionaux.

[180] Quand ils sont obligatoires et qu'ils ont fait l'objet d'au moins une campagne, ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins peuvent être rendus publics par arrêté ministériel⁸⁷. Les données relatives aux IPAQSS concernant la prise en charge chirurgicale pré-opératoire de l'obésité ayant fait, pour la première fois en 2017, l'objet d'une transmission obligatoire par l'ensemble des établissements de santé, ils peuvent donc être rendus publics en 2018, ce qui devrait contribuer à l'information des patients et à l'amélioration des pratiques préopératoires.

Recommandation n°14: Rendre publics dès 2018 les IPAQSS relatifs à la prise en charge chirurgicale pré-opératoire de l'obésité, établissement par établissement et de façon agrégée, afin de contribuer à l'information des patients et à l'amélioration des pratiques préopératoires.

2.2.4 Conscients des lacunes du suivi et des risques associés, les pouvoirs publics, en lien avec les professionnels, doivent impérativement améliorer le suivi post-opératoire

[181] Dans de nombreux pays, le suivi régulier à moyen et long terme des personnes opérées est très insuffisant avec un nombre important de personnes mal suivies ou perdues de vue (50 % voire plus au bout de quelques années, amenant le CNAO et les professionnels à parler de « tendon d'Achille de la chirurgie bariatrique »). Or, les consultations de contrôle post-opératoire sont indispensables tant pour optimiser l'efficacité de la chirurgie (perte de poids, régression de comorbidités) que pour prévenir les risques de complications somato-psychiques et les carences nutritionnelles (d'autant plus graves que s'installant à bas bruit et s'exprimant à distance).

[182] En France, les données de la cohorte CNAMTS ont permis d'estimer en 2014 que ce suivi d'aval était de bonne qualité à 5 ans pour seulement 14 % des patients opérés (la moitié ayant un suivi moyen). Le mauvais suivi qui concernait plus d'un tiers des patients⁸⁸ était défini de la manière suivante : n'avoir vu qu'au mieux une fois un médecin généraliste, n'avoir eu aucune consultation avec un chirurgien ou un endocrinologue, ni bénéficié d'aucun bilan sanguin, ni reçu aucune délivrance en fer, en calcium et en vitamine D en cas de by-pass. Si on ne considère que la sleeve, le taux de mauvais suivi monte à près de 46 %.

⁸⁷ Cette diffusion de leur résultat par les établissements de santé est accompagnée par la diffusion publique nationale sur le site Scope Santé (www.scopesante.fr). Les résultats des établissements pour ces indicateurs y sont présentés avec un code couleur et leur classe A, B, C, selon qu'ils sont supérieurs (A), égaux (B) ou inférieurs (C) à l'objectif national de performance.

⁸⁸ Homme, jeune, peu suivi durant la première année

Encadré 2 : Recommandation HAS s'agissant du suivi à moyen et à long terme

L'information au patient doit se faire de manière répétée, dans un cadre individuel et collectif. Outre d'aborder les risques de l'obésité, les différents moyens de sa prise en charge, elle doit passer en revue les différentes techniques en précisant leurs complications précoces et tardives. Elle insiste également sur la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, en informant les patients des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence et de non prise des suppléments.

Des consultations sont recommandées au moins 4 fois la première année, puis au moins annuellement (sans qu'il soit précisé qui doit assurer le suivi). Outre d'apprécier la cinétique pondérale, de maintenir le suivi éducatif et de rechercher de complications chirurgicales et psychologiques, le suivi à moyen et à long termes s'attache à contrôler le bilan nutritionnel et vitaminique, orienté par la clinique, qui peut comporter albumine et préalbumine, hémoglobine, ferritine, coefficient de saturation de la transferrine, calcémie, vitamine D, PTH, vitamines A, B1, B9, B12, zinc, sélénium. Des dosages sont recommandés 3 à 6 mois après l'intervention puis au moins annuellement (12, 18, 24 mois). La supplémentation est systématique après chirurgie bariatrique avec malabsorption (multivitamines et oligoéléments, fer, calcium, vitamine D, B12, voire B1, B9) en informant les patients des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence et de non prise des suppléments. Elle se discute en fonction du bilan clinique et biologique après chirurgie restrictive.

[183] De manière globale, le médecin généraliste joue un rôle central bien avant l'intervention et tout au long du suivi, qu'il convient cependant de préciser et conforter en instaurant des formations et une valorisation ad hoc ainsi que des liens avec l'équipe chirurgicale. Mais les spécialistes sont peu consultés et la supplémentation nécessaire après bypass et sleeve s'avère insuffisante, même lorsqu'elle est remboursée (seuls 6 % des patients la prennent sur une base régulière).

[184] Au-delà d'un manque d'implication ou de moyens des établissements de santé, Il existe par ailleurs un besoin lié à la nécessité de coordonner toutes les interventions médicales et para médicales (médecin, chirurgien, diététicien, infirmier, psychologue...) inhérentes au suivi post opératoire, suivi chronophage qui nécessite par ailleurs une grande disponibilité de la part des professionnels concernés. En tout état de cause, la recherche de solutions organisationnelles (registre ou plateforme de suivi des patients opérés avec possibilité de relance, délégation de tâche, infirmière de coordination) et financière (incluant notamment accès à l'hospitalisation de jour en tant que de besoin, cf. § 3.3.2.1) pour suivre et relancer les patients et coordonner les professionnels (télémédecine, techniques connectées, groupe de patients...) pour un suivi post-opératoire de qualité repose sur une implication coordonnée de tous les acteurs (professionnels de santé, patients et tutelles). A cet égard, certains services visités par la mission (CHU Nancy, Pitié Salpêtrière, Lille) ont pris des initiatives intéressantes, dont la reproductibilité logistique et les modèles économiques mériteraient d'être étudiés (en vue de voir notamment comment valoriser les « nouveaux » métiers issus de la délégation de tâche et la coordination médicale).

Encadré 3 : Au CHU de Lille, le suivi postopératoire est organisé selon deux modalités innovantes

Actuellement, 8 box sur 10 sont tenus par des infirmières qui passent le relais aux médecins des deux autres boxes quand la situation dépasse leur champ de compétence, le médecin voyant toujours le patient après l'infirmière pour valider le travail qu'elle a réalisé en amont et prescrire d'éventuels examens ou suppléments. **Une demande de délégation de tâche** est en cours pour reconnaissance de la consultation de l'IDE (entretien de suivi de 45 minutes) et possibilité de prescrire dans un cadre strictement protocolisé sans avoir forcément besoin de faire intervenir le médecin.

Par ailleurs, la **coordination des parcours** (« 80 % de coordination pour 20 % de soins ») est assurée par trois infirmières du service, qui en plus de participer à l'HDJ, organisent l'hospitalisation à domicile des patients, et participent aux actions afférentes dans une logique « d'infirmière clinicienne » (non reconnue en France hors du cas des IBODE -infirmières bloc opératoire- et IADE -infirmière anesthésistes-), avec pour mission d'éviter les perdus de vue.

[185] Quelles que soient les solutions mises en œuvre pour améliorer ce suivi, il est souhaitable de recueillir des indicateurs renseignant l'évolution de sa qualité. Outre la cohorte de la CNAMTS et peut-être à plus long terme, le registre de la SOFFCO-MM, la HAS pourrait également contribuer à cet objectif en élargissant le champ des IPAQSS au suivi post-opératoire, celle-ci ayant déclaré au regard des résultats mitigés des indicateurs de prise en charge en chirurgie bariatrique de la publication des IQSS 2017 « *qu'elle s'associera à l'assurance maladie pour publier au printemps 2018 des analyses croisées et plus complètes comprenant également le suivi post-opératoire des patients opérés* ».

Recommandation n°15 : Evaluer l'efficacité clinique et médico-économique (PHRC, ...) des différents moyens existants d'améliorer le suivi post opératoire des patients (coordination, délégation de tâches, télémédecine, outils connectés...) et proposer, notamment sur cette base, d'élargir le champ des IPAQSS à ce suivi et/ou de créer de nouveaux indicateurs.

[186] D'après les différentes parties prenantes⁸⁹, la défaillance du suivi dans un contexte de hausse continue des besoins (flux croissant des nouveaux opérés venant s'ajouter au volume des personnes à suivre) tient également à la difficulté de mobiliser les professionnels compétents intervenant en amont de l'acte chirurgicale (cf. § 3.2) dont le nombre ne serait pas suffisamment importants (médecin nutritionniste notamment) ou dont les actes (diététicien, psychologue éducateurs médicosportifs) ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie en ville. Par ailleurs, si le patient n'est pas toujours correctement informé de la nécessité du suivi, il peut aussi être tenté d'en relativiser l'importance au point de ne pas y adhérer⁹⁰ (d'où l'importance d'un accompagnement et de relances, et du développement de l'éducation thérapeutique du patient ou ETP - cf. § 3.3.2). D'autres freins sont identifiés comme le manque de remboursement des examens biologiques de contrôle (dosages vitaminiques) et de certains suppléments.

[187] A cet égard, l'Académie nationale de chirurgie préconise une valorisation incitative de l'Assurance maladie du suivi postopératoire. De son côté, la CNAMTS étudie la possibilité de mettre en œuvre un parcours de soins pérenne, au service du patient opéré, organisé par le médecin traitant en coordination avec les autres professionnels de santé, après formation spécifique. Ce type de parcours, déjà proposé par certains CSO, s'étendrait sur 2 ans pré et post-opératoire⁹¹ pour assurer un suivi et un encadrement des publics fragiles (patients compliqués, patients âgés, patients mineurs).

[188] Enfin, comme rappelé par la Cour des comptes⁹², il est essentiel d'améliorer l'adhésion du patient pour en faire un acteur éclairé de sa prise en charge, et en l'occurrence de son suivi post opératoire. Cela peut passer par des actions d'information et d'« empowerment » portées par les associations d'usagers, à l'instar de ce qui se fait avec d'autres pathologies (cancer, sida, diabète)⁹³.

[189] Outre la prise de conscience, un autre levier pour améliorer l'observance est d'étudier la possibilité d'étendre le remboursement à certains examens et compléments jugés incontournables. En effet, si l'Assurance maladie rembourse les frais liés à l'intervention et à l'hospitalisation, elle ne prend pas en charge certains actes de biologie (dosage vit B1), certains suppléments vitaminiques et la plupart des suppléments protidiques qui peuvent être utiles au suivi.

⁸⁹ Cf. livre blanc « chirurgie bariatrique : améliorer le suivi postopératoire des patients élaboré sous l'égide de la confédération nationale des associations d'obèses (CNAO), de la SOFFCO-MM, et de l'Académie nationale de chirurgie »

⁹⁰ L'académie nationale de chirurgie propose de réfléchir à une prise en charge post-opératoire forfaitaire et contraignante par les organismes d'assurance sociale (à l'instar des Pays-Bas).

⁹¹ Les données CNAMTS montrent la résurgence potentielle des troubles métaboliques à moyen terme, la progression de la douleur psychologique et physique, et le besoin d'améliorer la prévention des complications nutritionnelles.

⁹² L'avenir de l'assurance maladie - novembre 2017, rapport thématique de la cour des comptes

⁹³ Voir à cet égard les propositions de la CNAO dans le livre blanc qui propose notamment que les ES faisant de la chirurgie bariatrique mettent un numéro d'appel et un carnet de suivi à disposition du patient.

Recommandation n°16 : Renforcer l'adhésion des patients :

- en favorisant leur « empowerment » (promotion des patients experts et des communautés de patients contribuant activement aux prises en charge) ;
- en veillant à l'effectivité de la représentation des usagers au sein des établissements ;
- en étudiant l'opportunité de rembourser, en plus de ceux qui le sont déjà, certains examens et compléments utiles au suivi post-opératoire (et de faciliter la mise en place de conditionnements combinant plusieurs produits).

[190] En résumé, la question du suivi post-opératoire doit s'envisager sous plusieurs aspects appelant des recommandations évoquées à différents endroits du rapport :

- Inadaptation/imprécision des recommandations : Le suivi préconisé par la HAS semble soulever une question de faisabilité qui doit être analysée pour adapter ce suivi à la réalité des situations, les experts faisant valoir que tous les patients n'ont pas forcément besoin du même niveau de suivi. A cet égard, la HAS doit préciser les modalités de suivi général des patients opérés avec un focus sur le rôle du médecin généraliste (recommandation 10) qui doit être mieux formé (recommandation 8), mieux valorisé et en relation avec l'établissement (ou le chirurgien) dans lequel le patient se rend (recommandations 5 et 9) ;
- Défaut de moyens ou d'implication des établissements qui se traduit par un manque d'information donnée aux patients, un manque d'organisation et de coordination du suivi postopératoire pour assurer et articuler les interventions médicales et para médicales (médecin, chirurgien, diététicien, infirmier, psychologue...). Ces insuffisances peuvent être palliées via l'instauration du régime d'autorisation multicritère garant d'une bonne information des patients et d'un suivi conforme aux recommandations HAS (recommandation 5) et via la recherche de modalités organisationnelles adaptées aux besoins des patients et aux capacités des services (recommandations 15 et 18 à venir) ;
- Mobilisation insuffisante des professionnels concernés par manque de temps, de formation, de valorisation. La recommandation 8 vise à cartographier les besoins et les ressources médicales et paramédicales disponibles et à mobiliser pour la prise en charge des personnes obèses (avec focus sur l'évolution du nombre de médecins nutritionnistes). La recommandation 20 propose le remboursement des psychologues et diététiciens de ville intervenants dans la prise en charge de l'obésité sévère/morbide ;
- Difficultés du patient à se faire suivre, parce qu'il le juge inutile, qu'il manque d'information ou de moyens, ou qu'il vit la reprise de poids comme un échec personnel. La recommandation 16 vise à renforcer l'adhésion des patients (notamment via la mise à l'étude du remboursement des examens biologiques de contrôle et de certains suppléments). La recommandation 17 propose de sensibiliser les « perdus de vue » et la recommandation 19 à développer l'ETP.

2.2.5 L'effort de mise en œuvre des procédures renforçant la qualité, la sécurité et le suivi des actes doit être poursuivi

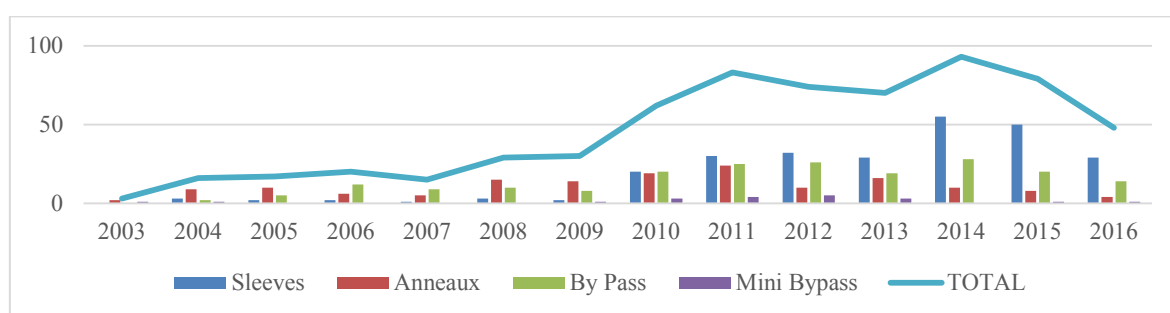
[191] Outre l'évolution des IPAQSS et la diminution de la mortalité signalées plus haut, les données de l'ATIH suggèrent une diminution des complications péri-opératoires graves, le nombre de séjour en réanimation faisant suite à une chirurgie bariatrique ayant été divisé par deux entre 2008 et 2016 (0,47 %, vs 0,94 %), ces séjours étant par ailleurs plus fréquents avec les bypass que les sleeves⁹⁴.

⁹⁴ Il est à noter que seules 5 % des sleeves, 5 % des bypass et 11 % des autres techniques se font au sein d'ES déclarant moins de 50 interventions par an.

[192] Afin de pouvoir apprécier la sinistralité déclarée de la chirurgie bariatrique, la mission s’est adressée à l’Office National d’Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM). Eu égard à l’activité de chirurgie bariatrique sur la période d’observation (475 200 opérations selon la DREES), le recours à l’ONIAM concerne en moyenne environ 1 à 2 interventions sur 1000 (0,13 %) dont la moitié aboutissent à une indemnisation (près de 300 dossiers).

[193] Les décès représentaient 16 % de l’ensemble des dossiers déposés. La sinistralité semble augmenter avec la hausse de l’activité de chirurgie bariatrique sans que la mission soit en mesure de dire si cet accroissement est plus marqué, ni à quoi il est dû le cas échéant. On peut cependant rappeler qu’il s’agit de démarches volontaires qui ne reflètent qu’une partie de la réalité. De même, l’absence de données de comparaison fiables avec d’autres spécialités chirurgicales rend difficile l’interprétation de ces données.

Graphique 6 : Evolution des dépôts de dossiers ONIAM par technique 2003-2016



Source : Mission d’après données ONIAM

[194] Parmi les autres sources de données sur la sinistralité, le dispositif d’accréditation des chirurgiens viscéraux devrait les conduire, en plus de s’assurer de leur aptitude générale à la gestion des risques médicaux en établissement de santé, à déclarer les événements indésirables sur une base volontaire aux ARS. Par ailleurs, il est prévu que le dispositif de déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) permette à terme une transmission des informations du portail des signalements vers la HAS via le portail des vigilances.

[195] En vue de renforcer la qualité et la sécurité des pratiques, la SOFFCO-MM a par ailleurs instauré un système de labellisation des établissements de santé sur la base de critères simples liés à l’activité et à la formation du chirurgien, aux caractéristiques de la prise en charge et de la filière de soins dans laquelle doit s’inscrire l’activité du centre. Elle serait également conditionnée par la participation du chirurgien au registre de la SSOFFCO-MM. A ce stade, plusieurs inconnues demeurent pour en apprécier la valeur ajoutée, la mission n’ayant pas connaissance du détail des critères ni du nombre de structures labélisées.

[196] D’autres outils non spécifiques concourent à améliorer la qualité et la sécurité des soins et l’amélioration des pratiques, et notamment en chirurgie bariatrique. La procédure de certification obligatoire des établissements de santé permet ainsi d’apprécier le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, comme la dynamique d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements. Pour les usagers, les résultats de la certification sont affichés pour chaque établissement sur Scope Santé⁹⁵, renforçant l’information des patients et le respect des bonnes pratiques.

⁹⁵ Scope Santé est un site public créé et mis en ligne en mai 2016 par la Haute Autorité en Santé (HAS). Il délivre des données officielles (PMSI et SAE) pour aider le patient à choisir l’établissement de santé (hôpital ou clinique) dans lequel

[197] S'agissant des chirurgiens pratiquant la chirurgie bariatrique, outre les formations spécifiques déjà évoquées (DIU, DU⁹⁶), une procédure d'accréditation mise en place par la HAS (en lien avec la Fédération de la chirurgie viscérale et digestive - FCVD) permet de s'assurer de leur aptitude générale à la gestion des risques médicaux en établissement de santé. D'où l'importance de soutenir la mise en œuvre par les établissements des procédures de certification et le recours des chirurgiens qui pratiquent la chirurgie bariatrique à l'accréditation, en insistant notamment sur la déclaration des événements indésirables.

[198] Également proposée par la HAS, la revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Le CSO de Lille a mis en place une RMM semestrielle avec l'ensemble de ses partenaires afin de tirer des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes dans la région et de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit de comprendre afin d'agir ensemble, sans porter de jugement sur les personnes, ni rechercher un coupable ou un responsable. Ce type d'initiative doit être encouragé (voir recommandation § 4.4.1).

2.2.6 Des actions doivent être menées à l'attention des personnes opérées perdues de vue

[199] Comme indiqué dans l'annexe 2, près de 500 000 personnes ont été opérées, dont une partie est perdue de vue⁹⁷. Or, d'une part, il existe des risques post opératoires décrits et, d'autre part, les connaissances manquent pour apprécier les risques à très long terme (notamment en lien avec les modifications anatomiques induites par l'opération). Dans l'idéal, une action à conduire serait de sensibiliser ces perdus de vue directement et en passant par leurs médecins traitants afin de rappeler la nécessité d'un suivi régulier.

[200] Mais la notion de personnes « perdues de vue » est complexe. D'une part, elle renvoie à l'idée d'un dispositif capable de sensibiliser les personnes opérées qui n'ont pas fait l'objet du suivi de référence HAS. Or, un tel dispositif n'existe pas, seul le système d'information de l'assurance maladie pourrait permettre, dans le cadre du SNDS et sous d'autres conditions de faisabilité (identification des personnes, profondeur historique, conditions discriminantes...) de disposer d'éléments de traçabilité. D'autre part, les patients opérés, peu ou pas conscients des contraintes de la chirurgie bariatrique, ne présentent tous pas les mêmes niveaux de risque, leur profil variant en fonction de la technique utilisée, de leur histoire clinique, de leurs comportements... Un certain nombre a d'ailleurs consulté (et continue de consulter) son médecin traitant à défaut du suivi pluridisciplinaire recommandé.

Les conditions de réalisation d'une telle démarche doivent être précisées de façon à calibrer sa mise en œuvre au plus près des besoins et de la façon d'y répondre. Les médecins traitants sont a priori les mieux placés pour prendre en compte ces demandes de suivi. Cette action devrait donc également être précédée d'une concertation et d'une vaste information des professionnels concernés.

il est susceptible d'être hospitalisé (niveau de certification HAS et comparaisons sur les thématiques de certification et sur les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins).

⁹⁶ En cours de transformation dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales.

⁹⁷ Dans son communiqué du 30 janvier 2015 cité supra, l'Académie nationale de chirurgie considère que rares sont les centres qui suivent encore plus de la moitié de leurs patients au-delà de la deuxième année post opératoire étant régulièrement cité pour évoquer la problématique des perdus de vue.

[201] Outre de mobiliser les perdus de vue et d'inciter les médecins généralistes à mieux se former à la prise en charge de l'obésité et de la chirurgie bariatrique, cette action aurait également l'avantage d'amener les personnes tentées par la chirurgie bariatrique à mieux intégrer les risques et contraintes de telles opérations.

[202] Pour l'avenir, un dispositif de repérage des éventuels patients perdus de vue devrait être mis en place en s'appuyant sur des indicateurs de suivi des patients opérés pour les à se faire suivre, sur le modèle de la vaccination antigrippale. L'assurance maladie est la mieux positionnée pour concevoir et mettre en place ce suivi au niveau régional, dans la mesure où ces patients, qui ont toujours des droits ouverts, figurent dans les bases de données locales.

Recommandation n°17: Engager une démarche ciblée sur les « perdus de vue » dans une logique de prévention des risques et de pédagogie, dans deux directions :

- mobiliser les médecins traitants et les patients actuellement perdus de vue sur l'importance du suivi après une intervention de chirurgie bariatrique;
- mettre en place un dispositif de repérage des personnes obèses opérées permettant des alertes et des relances, et éviter ainsi qu'elles deviennent perdues de vue.

3 ORGANISER LES COMPETENCES ET MOBILISER LES RESSOURCES NECESSAIRES POUR DES PARCOURS DE SOINS, ALTERNATIFS A LA CHIRURGIE BARIATRIQUE OU SITUES EN AMONT ET EN AVAL DE CELLE-CI

3.1 La hausse importante de la chirurgie bariatrique au cours des dernières années ne semble pas s'expliquer par les tarifs, qui ont baissé

[203] Les chapitres précédents ont montré la croissance du nombre d'opérations de chirurgie bariatrique et l'importance du nombre d'établissements où celle-ci est pratiquée. Ces constats conduisent à observer les niveaux des tarifs et les dépassements d'honoraires.

3.1.1 Les tarifs des séjours hospitaliers pour chirurgie bariatrique ont nettement baissé depuis 2010 et ne peuvent expliquer l'essor de la chirurgie bariatrique dont l'enjeu financier reste relatif

[204] Les séjours pour intervention de chirurgie bariatrique sont regroupés sous trois racines de groupes homogènes de malades (GHM) du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui leur attribuent un tarif. La racine 10C09 regroupe la technique de l'anneau et la gastroplastie verticale calibrée (quasiment plus pratiquée) et le code 10C010 la dermo-lipectomie (indispensable après perte de poids massive) et les suites d'une pose d'anneau (changement, repositionnement ou ablation). Le code 10C013 regroupe pour sa part quatre techniques opératoires incluant la gastrectomie longitudinale (sleeve), le court-circuit (bypass) gastrique, le court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal et la gastrectomie avec court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal.

[205] Le tableau ci-dessous permet d'observer pour la racine 10C13 (4 techniques qui représentent 70 % des séjours de chirurgie bariatrique) une forte baisse des tarifs à partir de 2010, quels que soient les types d'établissements et les niveaux de gravité (10C131, 10C132, 10C133 et 10C134), allant de 5 % à 34 % au cours des 8 dernières années.

Tableau 8 : Évolution des tarifs des GHM 10C131, 10C132, 10C133 et 10C134 pour les établissements privés lucratifs (EPL) et les établissements publics (EP) ou privés non lucratifs (EPNL) entre 2009 et 2017

Années	Tarifs GHM en € (en violet, le plus haut tarif de la colonne)							
	10C131		10C132		10C133		10C134	
	EPL	EP/EPNL	EPL	EP/EPNL	EPL	EP/EPNL	EPL	EP/EPNL
2009	3 497€	5 896€	4 613€	7 281€	8 311€	10 728€	13 271€	18 473€
2010	3 650€	4 781€	5 225€	6 256€	10 012€	16 216€	15 634€	27 825€
2011	3 562€	4 752€	5 098€	6 221€	9 769€	13 504€	15 255€	21 691€
2012	3 803€	4 759€	4 825€	6 231€	9 785€	12 813€	15 280€	21 726€
2013	3 791€	4 714€	4 776€	6 112€	9 765€	12 694€	15 234€	21 524€
2014	3 791€	4 688€	4 500€	6 121€	8 531€	11 317€	15 265€	20 774€
2015	3 746€	4 689€	4 446€	6 122€	8 428€	11 318€	15 080€	20 777€
2016	3 424€	4 654€	4 435€	5 296€	8 408€	11 233€	15 046€	20 622€
2017	3 241€	4 540€	3 919€	5 211€	6 566€	11 086€	14 920€	18 098€
évolution 2009/2017	-7 %	-23 %	-15 %	-23 %	-23 %	3 %	12 %	-2 %
tarif 2017 / tarif le plus haut	-15 %	-23 %	-23 %	-23 %	-34 %	-32 %	-5 %	-25 %

Source : Mission à partir de données ATIH

EPL : Etablissements privés lucratifs ; EP/EPNL établissements publics ou privés non lucratifs

[206] Sur la période 2009-2016, on observe surtout que les tarifs des établissements privés lucratifs et des établissements publics ou privé non lucratifs ont tous baissé pour les séjours de niveau modéré (10C131 et 10C132) ; or ces séjours sont les plus fréquents et augmentent le plus en nombre (cf. annexe 5 ; tableau 3).

[207] Par ailleurs, la différence entre « tarifs issus des coûts » (TIC) et tarifs publiés n'est pas aisément interprétable. En effet, le mécanisme de détermination des tarifs des GHM est d'une grande complexité (voir annexe 5). Principalement calculés à partir des informations fournies par la comptabilité analytique d'établissements de référence (permettant de produire des TIC), ils font également l'objet de rectifications pour diverses raisons⁹⁸. Les écarts entre les TIC et les tarifs obtenus après correction, publiés au JO et présentés dans le tableau ci-dessus, produisent des effets significatifs sur les recettes des établissements (cf. annexe 5 ; tableau 4). Appliqués à des nombres de séjours, ils pourraient se traduire pour la racine 10C13 par d'importants écarts de recettes : 9,2 M€ (pour 105 M€ de recettes prévisionnelles) pour les établissements privés lucratifs en 2017 contre 3,5 M€ (pour 95 M€ de recettes) pour les établissements publics et privés non lucratifs.

[208] La valorisation des séjours pour chirurgie bariatrique représente un volume économique d'environ 250 M€, soit de l'ordre de 300 M€ si l'on ajoute les honoraires des praticiens libéraux⁹⁹ et les dépassements.

[209] Rapporté à l'ensemble de la chirurgie viscérale et digestive, la chirurgie bariatrique représente une part significative, notamment dans le secteur privé lucratif (23 % contre 8 % dans le secteur public et privé non lucratif), comme le montre le tableau ci-après¹⁰⁰.

⁹⁸ La faible représentativité des données issues des établissements de référence pour le GHM concerné, la nécessité d'éviter des rattrapages trop brutaux, la prise en compte de l'évolution de la durée moyenne de séjour, la croissance du nombre de séjours...

⁹⁹ Le volume économique est calculé par valorisation des GHM réalisés et n'inclut donc pas les honoraires des praticiens libéraux.

Tableau 9 : Volume économique (hors honoraires praticiens libéraux) 2016 des opérations de chirurgie bariatrique, et comparaison avec la chirurgie viscérale et digestive

Volume économique (2016) de certains types d'opérations et son évolution 2014/2015 et 2015/2016	établissements	
	publics et privés non lucratifs	privés lucratifs
GHM 10 C09 (pose d'anneau)	2,36 M€	5,54 M€
évolution 2014/2015 et 2015/2016	-16,8 % et -30,3 %	-32,5 % et -21,2 %
GHM 10 C10 (repositionnement d'anneau et chirurgie esthétique)	25,66 M€	14,07 M€
évolution 2014/2015 et 2015/2016	+14,2 % et +44,7 %	+5,9 % et +15,9 %
GHM 10 C13 (sleeve et by pass)	97,87 M€	116,19 M€
évolution 2014/2015 et 2015/2016	+10,9 % et +5,0 %	+6,4 % et +9,0 %
3 racines de GHM : 10 C09, 10C10 et 10C13	125,89 M€	135,80 M€
Total des GHM de chirurgie des CMD 06 (affections du tube digestif) et 10 (affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles)	1 510,06M€	592,40M€
évolution 2015/2016	+2,0 %	-0,7 %
Part des 3 GHM de chirurgie bariatrique dans le total des GHM de chirurgie des CMD 06 (affections du tube digestif) et 10 (affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles)	8,3 % (7,5 % en 2015)	22,9 % (22,5 % en 2015)

Source : mission à partir de Scan Santé

[210] Le volume économique de la chirurgie bariatrique dans les établissements publics et privés non lucratifs (125 M€) est proche de celui des établissements privés lucratifs (135 €). Dans les 2 secteurs, la croissance des revenus s'explique par la hausse du nombre des opérations recensées dans le GHM 10C13 (sleeve et bypass), alors que les revenus issus de la pose d'anneau décroissent.

[211] Ainsi, l'essor important de la chirurgie bariatrique au cours des dernières années ne semble pas pouvoir être expliqué par le niveau des tarifs, et l'enjeu financier des séjours hospitaliers (hors suivi pré et post opératoire) reste modeste au regard de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie. Le développement de la chirurgie bariatrique est sans doute lié à la progression de la demande (effet volume) et, du point de vue de l'offreur de soins, d'une part à la possibilité de proposer des prestations associées à l'opération (examens de bilan, environnement hospitalier, coaching nutritionnel et sportif...), et d'autre part à l'intérêt de fidéliser par ce biais une « clientèle » qui aura besoin de soins au cours des années ultérieures.

¹⁰⁰ Construit en se limitant aux seuls GHM de chirurgie des catégories majeures de diagnostic (CMD) « affections du tube digestif » (CMD 06) et « affections endocriniennes, métabolique et nutritionnelles » (CMD10).

3.1.2 Dans le secteur privé, les honoraires sont directement payés aux praticiens et les dépassements demeurent importants

[212] Les différences des tarifs entre les établissements publics/ privés non lucratifs et les établissements privés lucratifs s'expliquent surtout par l'inclusion dans les premiers des salaires médicaux (chirurgien et anesthésiste) tandis qu'aux tarifs des établissements privés s'ajoutent ceux des actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ces tarifs de remboursement (cf. annexe 5 ; tableau 1) sont ainsi de 452€¹⁰¹ pour la pose d'anneau (587€ pour son repositionnement, son changement ou son ablation), de 511€ pour la sleeve et de 591 € pour le bypass gastrique.

[213] Pour le patient peuvent enfin s'ajouter aux honoraires dans le secteur privé (et aussi parfois, mais dans une moindre mesure dans le public et le privé non lucratif) des dépassements dont les données pour les 3 actes de chirurgie les plus pratiqués (2/3 des opérations en 2015) montrent une fréquence importante (environ 70 % des cas pour les chirurgiens et 50 % des cas pour les anesthésistes) et un niveau significatif (entre 700 et 900€ pour les chirurgiens et de 230 à 330€ pour les anesthésistes).

3.2 Les soins aux personnes obèses sévères/morbides mobilisent les compétences d'une dizaine de professionnels qui connaissent des difficultés de natures différentes

[214] Aux côtés des chirurgiens bariatriques, d'autres spécialistes médicaux et une dizaine de métiers paramédicaux, ou ne relevant pas du code de la santé publique, interviennent dans la prise en charge des personnes obèses sévères ou morbides. Ces métiers sont présentés avec quelques informations permettant de situer les enjeux, dans le tableau ci-après (et voir aussi, annexe 3, tableau n°9)¹⁰².

¹⁰¹ Tarif au 01/07/2017 par cœlioscopie

¹⁰² Les chiffres présentés sont arrondis et peuvent être discutés car dans la moitié des cas, les sources disponibles ne permettent pas de distinguer, parmi les professionnels diplômés, ceux qui sont effectivement en activité

Tableau 10 : Quelques professions intervenant dans la prise en charge des personnes obèses dont certaines sont confrontées à des difficultés

Profession	Nombre de professionnels	Nature de l'intervention pour les personnes obèses	Difficultés à mobiliser les compétences de ces professionnels
Chirurgien bariatrique	Environ 600 dont 460 en libéral <i>nombre suffisant de chirurgiens</i>	Réalisation de l'opération de chirurgie bariatrique + information préalable et préparation à celle-ci. Rôle moins clair quant au suivi de la personne opérée	La chirurgie bariatrique n'est pas une « spécialité » chirurgicale ¹⁰³ régulable en tant que telle
Diététicien	10 000 <i>pas de manque de diététiciens</i>	Conseils diététique et nutritionnel	Possible intervention sans frais en établissement de santé mais pas de remboursement en ville
Infirmier	Environ 500 000 <i>Pas de manque d'infirmiers</i>	Soins ainsi que coordination de soins	Difficultés de faire valider un protocole de délégation de tâches et faible ou pas de valorisation financière. Idem pour la coordination des soins en établissements
Masseur kinésithérapeute (MK)	75 000 <i>pas de manque de MK</i>	Rééducation fonctionnelle « classique » et adaptée à leur corpulence	Besoins de connaissances et de pratiques complémentaires (FI et FC)
Médecin généraliste	Environ 100 000 dont 55 000 en activité libérale. <i>faiblesse de l'offre, même après 2020 où le nombre de médecins généralistes ne va plus décroître</i>	En prévention primaire, secondaire et tertiaire, en particulier pour les personnes obèses opérées ou qui peuvent relever d'une opération, rôle de coordination rôle clef pour les enfants et adolescents	Consultations remboursées a tarif normal (sauf consultation longue pour enfant en surpoids) limites des possibilités d'intervention coordonnées (voir § suivant 1.3.2)
Médecin nutritionniste	Environ 2 500	Expertise indispensable pour poser un diagnostic et effectuer un suivi du traitement	la mise en œuvre de la réforme des études médicales va modifier significativement le recrutement des médecins nutritionniste, surtout en établissements (DES et DESC) ¹⁰⁴
Médecin psychiatre	15 000	Expertise indispensable pour poser un diagnostic préalable à une opération de chirurgie bariatrique	Besoin d'un renforcement de connaissance sur la psychologie des personnes obèses Mobilisation difficile avec de fortes inégalités territoriales

¹⁰³ La chirurgie bariatrique n'est une « spécialité » chirurgicale ni dans l'ancienne ni dans la nouvelle maquette des Diplômes d'études spécialisées (DES). Dans les anciens Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) elle s'inscrivait dans le périmètre de la chirurgie « viscérale et digestive ». Cette situation n'a pas été modifiée par l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formation

¹⁰⁴ Diplôme d'études spécialisées et Diplôme d'études spécialisées complémentaires. Voir l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences (... déjà cité) qui constitue la traduction d'un changement initié voici environ 10 ans

RAPPORT IGAS N°2017-059R TOME I

<p>STAPS (diplôme en sciences et techniques des activités physiques et sportives), spécialité « activité physique adaptée (APA) et santé »</p>	<p>10 000 <i>Pas de manque de professionnel dans la situation actuelle</i></p>	<p>La spécialité « APA et santé » des formations STAPS prépare à intervenir auprès de personnes souffrant de déficiences notamment motrices, physiologiques ou métaboliques</p>	<p>Prestation non remboursée. L'intervention d'un APA peut cependant être incluse dans le tarif de prise en charge en MCO ou SSR. En ville, certaines communes organisent des activités conduites par des STAPS</p>
<p>Psychologue clinicien</p>	<p>40 000 <i>nombre de psychologues diplômés et en capacité d'acquérir ces compétences complémentaires est suffisant</i></p>	<p>Aide la personne obèse à mieux comprendre ce qu'elle peut et devrait faire, en tenant compte de son état présent et de son histoire. indispensable pour une personne obèse avant et après une intervention de chirurgie bariatrique</p>	<p>Pas de remboursement de l'intervention de psychologues hormis dans le cadre d'une prise en charge dans un établissement de santé public où les séances peuvent être incluses dans le tarif de prise en charge (étab. public) ou manque de professionnels formés aux problématiques de l'obésité</p>

Source : *Mission*

[215] Par ailleurs, deux types de compétences considérées comme essentielles sont présentées dans le tableau ci-après :

Tableau 11 : Les compétences nécessaires pour l'éducation thérapeutique du patient et pour la « gestion de cas complexe »

Autres besoins de compétences	Nature de l'intervention pour les personnes obèses	Difficultés éventuelles causées par des inadéquations
<p>Professionnel <u>compétent dans l'éducation thérapeutique du patient (ETP)</u>... car, l'ETP peut être réalisée par des professionnels de formation « de base » et métiers très divers (diététicien, infirmier, médecin, psychologue ...)</p>	<p>Bien distinguer 2 niveaux de compétence : - dispenser l'ETP, qui requiert une formation de niveau 2 + 40 heures ad hoc - coordonner un programme d'ETP, qui requiert une formation de niveau 2 + 80 heures ad hoc Celui ou celle qui anime une session d'ETP aide la personne obèse à gérer les actions qui lui permettront de perdre du poids (ou d'éviter d'en reprendre)</p>	<p>Plusieurs rapports officiels sur l'ETP, avaient précédé (ou ont suivi) la loi HPST (2009) ; des modifications réglementaires ont traduit ces avancées (décret et arrêté du 2 août 2010 ; décrets et arrêté du 31 mai 2013 ; arrêté du 14 janvier 2015) qui ont été soutenues par des documents produits, notamment, par l'INPES (Santé publique France).</p> <p>Le facteur limitant le développement d'actions d'ETP est leur financement dans l'enveloppe contrainte du FIR gérée par l'ARS</p>
<p>Soignant <u>gestionnaire de cas complexes</u> Cette fonction peut être assurée par un infirmier, un assistant de service social, un psychologue, un ergothérapeute ou toute autre professionnel à qui la formation initiale fournit les savoirs nécessaires pour exercer des fonctions d'évaluation et de coordination de plusieurs types d'intervenants</p>	<p>Pour une partie des personnes obèses morbides et poly-pathologiques, la prise en charge ambulatoire nécessite l'intervention (successive ou simultanée) de plusieurs établissement / services (y compris sociaux ou médico-sociaux) ou professionnels d'exercice libéral</p>	<p>La fonction de « gestionnaire de cas » est apparue au cours des années 2000 pour répondre aux besoins de personnes âgées atteintes par la maladie d'Alzheimer, par un cancer en stade avancé ...</p> <p>La formation initiale diplômante peut utilement être complétée par une DU (ou DIU) ; mais très peu ont été organisées.</p> <p>A ce manque de professionnels compétents, s'ajoute un faible nombre de postes effectivement financés pour remplir cette mission</p>

Source : mission IGAS, à partir de sources d'informations diverses (dont DREES, ONDPS, ...)

[216] Dès lors, deux types de questions se posent : le financement des soins et de la prise en charge d'une part, et les besoins de formation (initiale ou continue) d'autre part. Parfois, ces 2 types de difficultés se retrouvent concurremment et limitent l'intervention de certaines catégories de professionnels.

3.3 Le « parcours de soins », fréquemment cité comme la solution à une meilleure prise en charge de l'obésité sévère/morbide, n'est pas vraiment défini

[217] L'intérêt porté aux parcours de soins, déjà sensible avant la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹⁰⁵, s'est encore accru à sa suite avec l'inscription dans le code de la santé publique d'un article L.1411-11-1 qui définit, dans son premier alinéa, ce qu'est une équipe de soins primaires et, dans son deuxième alinéa précise : « L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé »¹⁰⁶. La notion de parcours irrigue maintenant la stratégie nationale de santé.

3.3.1 La prise en charge des personnes obèses s'inscrit rarement dans un parcours de soins défini dans un contexte où plusieurs modèles de coordination existent

[218] Comme dans d'autres maladies chroniques, les parcours des personnes obèses, en particulier sévères et morbides, sont souvent scandés par des temps de traitement intensifs, ils comportent un avant et un après. Lors ce parcours, une aggravation ou une amélioration peuvent se produire, induisant des réorientations dans la prise en charge.

[219] A ce jour, il n'y pas de modèle unique de parcours applicable à la prise en charge de l'obésité sévère et morbide, la seule référence en la matière étant la recommandation HAS qui induit une logique de parcours sans pour autant l'organiser entre les acteurs.

[220] La description de parcours diversifiés selon les besoins des personnes, en amont (et en alternative à une chirurgie bariatrique) et en aval¹⁰⁷ a plusieurs fois été présentée à la mission de façon très convaincante¹⁰⁸. Mais, en dehors du projet OBEPEDIA à l'attention des mineurs et des parcours formalisés et partiellement financés qui existent au sein des CSO et des filières qu'ils ont mis en place (davantage en amont d'une éventuelle opération de chirurgie bariatrique), la réalité reste lacunaire.

[221] L'intérêt d'un parcours de soins est affirmé par les professionnels et les autorités publiques. De façon schématique, trois types de coordination de parcours semblent possibles (voir le tableau 7 ci-après) :

- ❶ Le médecin traitant intervient en premier recours et s'appuie (2 variantes) sur :
 - des ressources organisées ❷ (Centre de santé ; Maison ou pôle de santé ; Réseau de santé ; Plateforme territoriale d'appui) qui assurent la coordination ;

¹⁰⁵ Ainsi le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) en 2014 avec les parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA et de longue date en périnatalité (avec les réseaux périnatalité), pour les personnes diabétiques et, depuis une vingtaine d'année pour les personnes atteintes par un cancer.

¹⁰⁶ Avec la trilogie : parcours de soins / de santé / de vie. Devenue une référence dans la prise en charge, la notion de parcours (de même que le programme personnalisé de soins-PPS) fonde le regain d'intérêt pour les modalités de coordination (voir *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social* de Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT 336 p. Dunod (2014) ; voir aussi *Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger ; IRDES (2016)* ou, en remontant le temps, les écrits de Dominique LE BŒUF (et voir une de ses récentes contributions dans la revue *Soins L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français, juin 2016, n° 806 ; p. 26 - 28*, dont elle signe la contribution introductive p. 19).

¹⁰⁷ Parce que les effets sur l'obésité d'une chirurgie bariatrique peuvent être aisément remis en cause et que des risques de carences nutritionnelles sont à surveiller

¹⁰⁸ Pr O ZIEGER et le Dr P BOHME, CSO de Nancy *Parcours de soins – les modèles de coordination*, présentation lors de la journée des CSO à Paris le 4 octobre 2017 ; Dr Frédéric SANGUIGNOL, *Diabète et obésité* (avril 2011), vol 11, n° 57 –p 107.

- un infirmier ou un diététicien ② est chargé de la coordination et il est fait appel, en fonction des besoins, à un médecin nutritionniste, un médecin psychiatre, un masseur kinésithérapeute, un professionnel de l'éducation physique adaptée ;

④ Un service de chirurgie (au sein duquel intervient le chirurgien) joue un rôle pivot, non seulement autour de l'intervention chirurgicale mais parce que l'organisation du service « intègre » les divers métiers nécessaires à une prise en charge pluridisciplinaire antérieure à l'opération (chirurgie, nutrition, et psy, ...) et à un suivi post-opératoire de la personne ;

⑤ Un SSR spécialisé « obésité » intervient, non seulement dans sa « spécialité » mais aussi comme garant de la qualité de la prise en charge.

[222] L'indispensable prise en considération de la personne obèse (dans son contexte de vie) est nettement signalée par la première et les dernières lignes du tableau : la personne obèse ; les informations « publiques (média, communication sérieusement documentée ; Les personnes proches « aidant » - « non aidant » ; les associations de patients.

Tableau 12 : Les professionnels et structures pouvant jouer un rôle dans le parcours d'une personne obèse éligible à la chirurgie bariatrique

Les acteurs		avant	autour	après
La personne obèse				
Le médecin traitant (MT)	Le MT suit (ou non) son patient ①			
Les professionnalisés nécessaires ; certains peuvent coordonner	Ces 4 types de professionnels ont (ou non) un exercice coordonné ②			
Nutritionniste				
Psychiatre / psychologue MK et/ou APA				
Infirmier / diététicien				
Les modalités de la coordination de la prise en charge en appui du médecin traitant	Ces 3 modalités de coordination peuvent se superposer sur un territoire ③			
Centre de santé ; Maison ou pôle de santé				
Réseau de santé Plateforme territoriale d'appui (PTA)				
Service « de chirurgie » intégrant (ou non) d'autres professionnalisés :	Quelle pratique de la pluridisciplinarité dans le service où la chirurgie bariatrique est pratiquée ④			
Un Service « de chirurgie* » (sans pôle médical nutrition en son sein) <i>avec professionnel de santé proche du chirurgien</i>				
Un service « de chirurgie » et un service « de nutrition » avec simple collaboration				
Un service « intégré » (chirurgie, nutrition, et psy)...				
SSR obésité (ou SSR « affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens »)	⑤			
Les informations « publiques » : média, communication sérieusement documentée,				
Les personnes proches « aidant » - « non aidant »				
Les associations de patients				

* **dont les médecins anesthésistes** car l'anesthésie d'une personne obèse sévère-morbide- pose des questions spécifiques

Source : Mission

[223] Au total, très peu de « parcours de soins », pourtant promus dans les documents officiels et dont les professionnels soutiennent la pertinence, sont organisés de façon stable. Plusieurs modèles existent pourtant, où le rôle de pivot, garant du parcours de soins pourrait être rempli, sous certaines conditions, par le médecin traitant ou par une organisation de soins de ville (MSP, CS) ou par un établissement de santé, notamment un SSR.

3.3.2 L'hospitalisation de jour (HDJ), l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'admission au remboursement des consultations de diététiciens et de psychologues sont censés soutenir les parcours de soins des personnes obèses sévères / morbides

[224] La définition et la mise en œuvre d'un parcours au profil des personnes obèses sévères ou morbides se heurtent à plusieurs difficultés portant sur des dispositifs existants :

- L'hospitalisation de jour (HDJ) qui semble en théorie bien adaptée en amont d'une éventuelle opération de chirurgie bariatrique ou à la suite de celle-ci mais qui pose d'importants problèmes de financement ;
- L'éducation thérapeutique du patient (ETP), modalité de prise en charge pertinente, mais insuffisamment développée ;
- Les consultations de diététiciens et de psychologues, nécessaires au suivi des patients, qui ne sont pas remboursées par l'assurance maladie.

3.3.2.1 L'hospitalisation de jour (HDJ) remplit un rôle important dans la médecine de l'obésité mais souffre actuellement des conditions de facturation fragiles et inégales selon les endroits

[225] L'hôpital de jour offre des modalités techniques et financières de prise en charge des personnes obèses (examens, plateaux techniques, consultations...) que les experts rencontrés par la mission considèrent comme unanimement nécessaires à différents stades de la maladie et du processus de prise en charge (bilan initial, accompagnement pré opératoire, suivi post opératoire). L'hôpital de jour permet sans doute d'éviter des hospitalisations de longue durée et des examens en doublon avec la médecine de ville, et il va dans le sens voulu par les pouvoirs publics d'un développement accru de la médecine ambulatoire.

[226] Mais l'HDJ souffre de trois types de difficultés pour arriver à disposer d'un « statut » qui corresponde bien à sa nature, à son exercice et à l'intérêt qu'elle représente : une émergence relativement récente, une inscription dans les « structures de soins alternatives à l'hospitalisation », et une tarification complexe.

[227] L'HDJ en MCO s'est développée au cours des années récentes dans un cadre juridique évolutif. L'arrêté du 5 mars 2006 suivi de la circulaire (« frontière ») du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour (...) les prises en charge de moins d'une journée¹⁰⁹. A la suite de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (dite HPST), une nouvelle instruction (« frontière ») du 15 juin 2010, précise les dispositions de la circulaire du 31 août 2006 et insiste sur la nécessité de respecter les règles posées en raison de contrôles de l'assurance maladie¹¹⁰.

¹⁰⁹ Elle rappelle un *Principe général de facturation* (« ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité « externe »,» ainsi que les *Conditions (pratiques) autorisant la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée*

¹¹⁰ Et voir l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé (...) qui comprend un chapitre 7 « Hospitalisation de jour et hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée » (article 11 chapitre 7)

[228] A partir de 2016, la recherche d'une « nouvelle donne » avec la perspective d'une nouvelle circulaire frontière a suscité des incompréhensions et des tensions. Le financement de l'hospitalisation de jour est devenu un enjeu de plus en plus important à la suite :

- des contrôles effectués par l'assurance maladie et conduisant, dans certains services de médecine de l'obésité, au déclassement de toutes les facturations établies pour des HDJ déjà réalisées, avec d'importantes conséquences financières pour les établissements de santé ;
- des constats opérés de la mission IGAS-IGF sur le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine¹¹¹ préconisant « une démarche d'ensemble visant à développer l'hôpital de jour comme élément d'un nouveau modèle de référence fondé sur les prises en charge ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète à la fois au niveau territorial et au niveau national. » ;
- des recommandations de « financement au parcours » énoncées par le Dr Olivier VERAN chargé d'une mission ministérielle¹¹².

[229] L'HDJ est une modalité efficace d'organisation de soins en amont et en aval d'une intervention de chirurgie bariatrique. Bien que non explicitement citée dans la recommandation de la HAS « obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte » – janvier 2009, elle correspond bien aux objectifs et moyens qui y sont présentés (approche pluridisciplinaire, décision prise en RCP, période préalable à l'opération, préparation d'un suivi pluridisciplinaire post opératoire). A telle enseigne qu'elle est citée comme une modalité de prise en charge prévue par le cahier des charges des CSO joint à l'instruction DGS-DGOS de juillet 2011. L'HDJ représente aussi une voie pertinente vers une prise en charge alternative à une intervention chirurgicale là où celle-ci n'est pas recommandée ou bien ne s'impose pas.

[230] Dans le suivi post-opératoire, l'HDJ fournit aussi les conditions d'une mise en œuvre efficace : une organisation qui mutualise les moyens de suivi des personnes opérées, la possibilité d'une articulation avec des professionnels (diététicien, APA, MK, ... psycho) apportant des réponses complémentaires.

[231] Selon certains témoignages, des établissements de santé privés mettent en œuvre des parcours amont assez proches de l'« hôpital de jour » sans recourir précisément à cette modalité, en assurant les fonctions correspondantes dans le cadre de consultations (dans les locaux de ces établissements de santé ou « en ville ») ou dans le cadre d'une hospitalisation temps plein de courte durée (2 à 3 jours) avec un GHS « adapté ».

[232] La présentation, début avril 2017, d'une nouvelle circulaire « frontière » distinguait 3 types de champs d'application pour des prises en charge (examens et/ou soins)¹¹³ : certains actes chirurgicaux, certaines prises en charge pluridisciplinaires, et certaines situations nécessitant des précautions particulières¹¹⁴.

« Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, (...) un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée (...) la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ou une sage-femme (...) » Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville.

¹¹¹ Christian DELAVAQUERIE et Mireille ELBAUM (Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS) Laure DELTOUR-BECQ et Jérôme D'HARCOURT (Inspection Générale des Finances– IGF) ; février 2016

¹¹² *L'évolution des modes de financement des établissements de santé ; Une nouvelle échelle de valeur ;* Dr Olivier VERAN (rapport d'étape : mai 2016 ; remis officielle du rapport le 4 avril 2017) ;

¹¹³ En outre, ce projet de circulaire proposait une modification des conditions de facturation de l'injection de médicaments inclus dans la réserve hospitalière (Avastin ® ; fer injectable ;)

¹¹⁴ Personnes en situations de handicap ou avec pathologie psychiatrique ou avec des difficultés de coopération ou dans l'incapacité de s'exprimer ; patients atteints de maladies infectieuses pour lesquelles les recommandations prescrivent l'isolement et donc une prise en charge brève.

[233] L'organisation d'HDJ pour des personnes obèses entre dans le 2ème type de prises en charge ; le projet de circulaire en définissait ainsi les conditions :

- Intervention de 3 professionnels de santé, y compris socio-éducatifs, dont 1 professionnel médical ;
- Réalisation de 2 actes différents (CCAM ou NGAP) hors actes infirmiers et actes de bio (sauf actes de bio complexe) ; si un acte n'est pas nomenclaturé, possibilité de décompte si prescrit ;
- Réalisation d'un compte rendu d'hospitalisation ou lettre de liaison (Possibilité de fournir un document intermédiaire à chaque venue en cas d'HDJ itératives).

[234] Pour s'en tenir aux seules HDJ pour personnes obèses, la détermination de critères d'application générale doit être précisée pour répondre aux besoins d'actes pour des pratiques d'HDJ adaptées aux besoins de personnes obèses. Ainsi, la calorimétrie et la densitométrie (ou DEXA, pour Dual Energy X-Ray Absorptiometry) sont considérées comme « indispensables » (des appareils correspondants sont nécessaires pour qu'un établissement puisse porter un CSO – voir annexe 4) mais, ne correspondant pas à un acte de la CCAM, elles ne peuvent pas être prises en considération pour la reconnaissance d'une HDJ.

[235] Par ailleurs, la « prestation intermédiaire », proposée dans le cadre de la nouvelle circulaire et mise en place notamment pour le diabète, est une innovation située entre la consultation et l'HDJ qui permet de limiter le nombre de « dilemmes médico-économiques » entre ce qui relève effectivement d'une HDJ et ce qui n'en relève pas.

[236] Les intervenants rencontrés par la mission affirment la nécessité de sortir de l'impasse actuelle, préjudiciable aux patients, aux équipes soignantes et aux gestionnaires en freinant le développement de prises en charge efficaces et efficientes¹¹⁵. Ils font également remarquer que les textes législatifs et réglementaires récents fournissent des bases renouvelées permettant de distinguer : consultations externes, prestations intermédiaires et hôpital de jour pour fonder un renouveau de l'HDJ, contribuant à la fois au développement de l'ambulatoire et à la qualité des soins.

[237] Les positions des responsables rencontrés par la mission apparaissent marquées par un manque de confiance mutuelle : les responsables des établissements sont échaudés par la conjonction des demandes de remboursement de l'assurance maladie dont ils mettent en cause les fondements et par la méthode et les choix proposés, début 2017, pour la « nouvelle circulaire frontière ». Et les responsables ministériels et de la sécurité sociale affirment ne pas comprendre les raisons des blocages actuels.

[238] Dans le cadre de parcours de soins, un bon calibrage des interventions en relation avec les modalités de facturation est indispensable. En l'absence d'évolution, il y a un risque de voir à la fois :

- des opérations de chirurgie bariatrique réalisées alors qu'elles auraient pu être évitées et un suivi de moindre qualité assuré ;
- un détournement de certains soignants d'une HDJ vers une modalité alternative moins performante, mais tout aussi coûteuse voire plus, ou aussi performante mais plus coûteuse, en cas de recours à une hospitalisation complète.

¹¹⁵ *Prise en charge de l'obésité sévère de l'adulte dans les centres spécialisés de l'obésité Place et fonction de l'hospitalisation de courte durée*, article paru en 2015 dans la revue *Obésité*

[239] En tout état de cause, les établissements qui accueillent des personnes obèses doivent pouvoir assurer la prise en charge des patients qui en ont besoin en hôpital de jour et recevoir les financements correspondants sans risquer de voir ces derniers remis en cause lors des contrôles de l'assurance maladie, d'autant plus que la mission a constaté que les bases de ces contrôles n'étaient pas interprétées de la même façon d'une région à l'autre.

Recommandation n°18 : Intégrer le dispositif de l'hôpital de jour (HDJ) dans le parcours de soins des personnes obèses sévères et morbides (actions de bilan et de prévention et de suivi post opératoire).

3.3.2.2 L'ETP n'est pas suffisamment développée pour les personnes obèses, notamment par défaut de financement des réseaux de santé

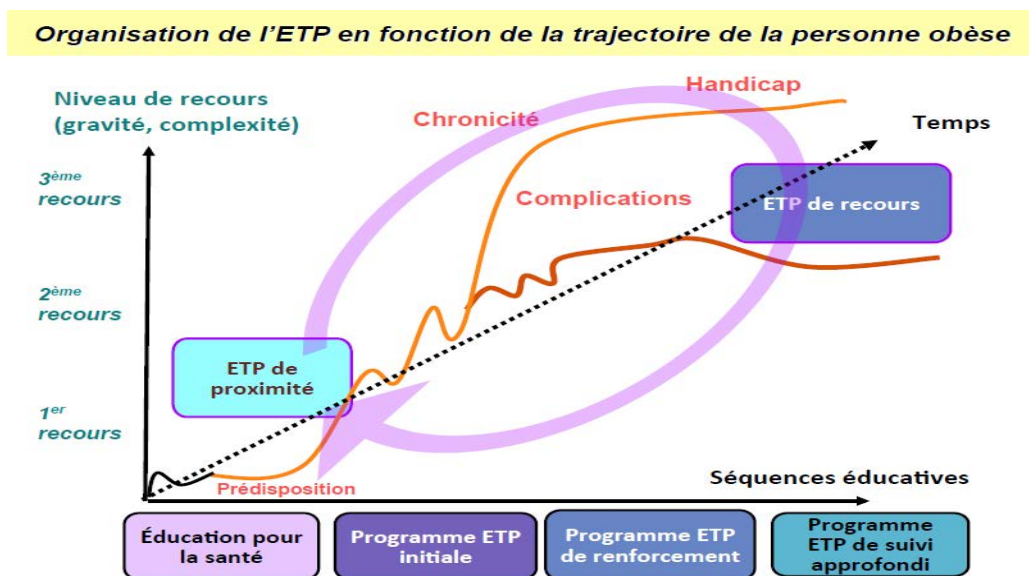
[240] Alors que pour les personnes atteintes par un diabète de type 2, l'ETP est reconnue officiellement dès la fin des années 1990 comme une voie thérapeutique majeure, il faut attendre¹¹⁶ pour la prise en charge des personnes obèses le rapport commandé par la DGOS et la DGS et daté du 4 octobre 2014¹¹⁷ : « *L'obésité est une maladie chronique évolutive dont le développement est fortement associé au mode de vie, et donc au comportement de la personne dans son environnement. Ce sont là, précisément, les cibles de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), qui est considérée comme la pierre angulaire de la prise en charge de l'obésité dans le plan Obésité. Les programmes multi-cibles et pluri-professionnels, adaptés à la typologie des patients (âge, sexe, contexte socio-culturel et économique, sévérité et complications de la maladie) constituent la référence. L'enjeu immédiat est de permettre le développement de l'ETP pour la médecine de proximité, comme l'ont souligné la Haute Autorité de Santé (HAS) et le plan Obésité. Il paraît nécessaire de créer de nouveaux formats dans le cadre des parcours autorisés, adaptés aux soins de niveau 1, pour les enfants, comme pour les adultes. Cela implique une certaine adaptation du système de santé français. Le plan Obésité a mis en place la gradation des soins, mais aussi sur les principes de « clarté, accessibilité, qualité et cohérence » de la chaîne de soins, en insistant sur les problèmes spécifiques que pose la médecine de l'obésité. Des solutions ou des pistes pour améliorer l'offre d'ETP sont présentées comme, par exemple, la gradation en deux niveaux des programmes éducatifs : ETP de proximité, et ETP de recours ».*

[241] Ce rapport présente également des tableaux sur différentes approches éducatives ; sur l'organisation de l'ETP en fonction de la typologie du patient et du contexte de soins ; ainsi que des schémas sur différentes possibilités de parcours d'ETP en fonction du niveau de recours et de la situation clinique¹¹⁸. S'y ajoute l'importance de la dimension temporelle, dans le parcours de la personne, que l'un des auteurs du rapport illustre au travers du schéma suivant.

¹¹⁶ Si l'on met de côté le chapitre « obésité » (p. 108 – 150) du volume *Education thérapeutique du patient, Modèles, pratiques et évaluation, 414 pages ; 2002* sous la direction de Jérôme FOUCAUD, Jacques A. BURY, Maryvette BALCOU-DEBUSSCHE et Chantal EYMARD (déjà cité)

¹¹⁷ Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse, Prs Olivier ZIEGLER et Arnaud BASDEVANT, ainsi que Eric. BERTIN, Béatrice. JOURET, Rozenn CALVAR, Frédéric SANGUIGNOL, et Antoine AVIGNON (voir *Revue Obésité* (2014) ; p. 302 à 328)

¹¹⁸ Ces schémas sont proches de ceux déjà cités (avec un exemple) en 2.1 ci-dessus



Source : Présentation du Pr. O. ZIEGLER ; Séminaire CSO – AFERO, janvier 2015

[242] Les auteurs de ce rapport signalent trois niveaux d'hétérogénéité :

- l'hétérogénéité des projets (et peut-être aussi du professionnalisme) ;
- l'hétérogénéité selon les établissements de santé où la chirurgie bariatrique est pratiquée, les écarts dans le recours et la pratique de l'ETP (en leur sein ou en partenariat) ;
- la diversité des choix des ARS quant à l'effort à fournir pour que l'ETP se développe au niveau annoncé par les directives (loi, décret et arrêtés, circulaires) nationales.

De nombreux freins s'opposent au développement de l'ETP dans le domaine de l'obésité

[243] Les remarques de ce rapport convergent avec les observations de la mission lors de ses déplacements et les documents qu'elle a étudiés. Le développement de l'ETP pour la prise en charge des personnes obèses semble actuellement moins freiné par la difficulté pour mettre place un projet que par la faiblesse des financements disponibles.

[244] Entre 2010 et 2017, le nombre de formations organisées pour que des professionnels disposent des compétences nécessaires pour développer un projet d'ETP des personnes obèses, s'est fortement accru. Les ARS ne devraient donc pas manquer de projets dans l'ensemble des champs pour lesquels l'ETP est pertinente et tout spécialement la prise en charge de l'obésité. Mais des questions organisationnelles et financières ont été observées sur le terrain :

- peu de projets sont portés par des établissements privés lucratifs MCO alors qu'y sont réalisées au contraire, plusieurs centaines d'opérations de chirurgie bariatrique. Leurs responsables expliquent ces choix par la nécessité de proposer aux patients une diversité de voies thérapeutiques, même si la réalisation d'un programme d'ETP « *n'est pas rentable car pas assez rémunéré en comparaison des coûts directs (en temps passé) et des coûts d'organisation* » ;
- des établissements publics (et privés non lucratifs) MCO qui proposent environ un tiers de l'offre d'ETP car leurs responsables indiquent qu'ils ne sont pas soumis au même type de contraintes financières que les établissements privés lucratifs et qu'ils sont en outre plus sensibles aux recommandations des autorités publiques (ministère et ARS) ;

- des SSR qui représentent environ un quart de l'offre recensée, mais qui en pratique réalisent souvent de l'ETP en dehors du cadre tracé par le décret du 2 août 2010 ;
- des associations, souvent porteuses de réseaux de santé, qui disposaient de compétences en ETP et en réalisaient informellement, pour lesquelles organiser des actions d'ETP est une question de survie. La diminution des financements ARS¹¹⁹ dont ces réseaux disposaient contraint ces associations à se « repositionner » sur une activité rémunérée, certes faiblement (et pas seulement aux yeux des établissements commerciaux) mais qui leur permet cependant de continuer à employer leurs salariés (voire quelques vacations de professionnels libéraux) ;
- les CSO remplissent un rôle clef pour le développement effectif de l'ETP¹²⁰ : il s'agit certes d'une de leurs missions (voir annexe 4), mais de plus ils conjuguent pluridisciplinarité et expertise¹²¹ dans le développement des compétences pour la construction des modules d'ETP, et capacité de mobiliser les ressources humaines nécessaires ;
- les différences d'accès constatées aux sessions d'ETP sont encore plus nettes entre personnes obèses¹²² en fonction de leur lieu de prise en charge, des professionnels et des établissements ; mais elles reflètent surtout les priorités des ARS, lesquelles financent les programmes d'ETP par leur fonds régional d'intervention (FIR).

[245] Par ailleurs, l'ETP est financée dans les établissements et en ville sur le FIR par les ARS qui doivent répondre à de nombreuses priorités sur ce fonds à montant limitatif (annexe 3, § 3.3.5), notamment dans le domaine de la prévention ce qui conduit à revenir à l'idée d'une enveloppe dédiée de type mission d'intérêt général (MIG)¹²³ pour l'organisation d'actions d'ETP en établissements.

La trop faible croissance des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) chargé de financer de nombreuses missions freine la constitution de parcours de santé pour les personnes obèses

[246] Le FIR, sur lequel les ARS doivent notamment financer les réseaux d'ETP, a vu sa part dans l'ONDAM se réduire à partir de 2014.

¹¹⁹ Ainsi que, dans une bien moindre mesure, des caisses de sécurité sociale et des collectivités territoriales

¹²⁰ Voir par ex. <http://obesite.univ-tlse3.fr/education-therapeutique-obesite-505022.kjsp?RH=1378132752390>

¹²¹ Voir par exemple, en p. 2 du « classeur pédagogique » du *Programme d'éducation thérapeutique de proximité pour les patients obèses (OBEPROX)*, CSO Midi-Pyrénées, (avril 2013) la présentation de ses rédacteurs et des participants au groupe de travail

¹²² Et sont mentionnées ici, pour mémoire, les sources de différences que sont les revenus, le capital social, les moyens de transport, ...

¹²³ Voir liste des MIG en annexes 3, 4 et 5 de la circulaire « tarification des établissements de santé 2017 » et années précédentes.

Tableau 13 : Ressources du FIR et ONDAM entre 2012 à 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ressources du FIR (en M€) telles que prévues a priori (niveau national)	Non comparables avec les années suivantes	3 300	3 400	3 300	3 345	3 415
ONDAM voté	167 100	171 100	175 400	178 300	182 300	185 200
FIR/ONDAM¹²⁴ voté	n. c.	1,92 %	1,94 %	1,85 %	1,83 %	1,84 %

Source : *Mission à partir des circulaires annuelles sur les modalités de mise en œuvre du FIR ; Cour des comptes à partir des lois de financement de la sécurité sociale 2011 à 2016*

[247] En ce qui concerne l'obésité, une brève mention est faite au projet OBEPEDIA dans la circulaire FIR 2017 mais le montant des crédits dédiés est très faible et ces crédits pourraient ne pas être mobilisés avant 2018. Plus généralement, c'est la lutte contre l'obésité qui apparaît très peu prise en compte dans le FIR au vu de ses rapports annuels 2015 et 2016, contrairement à d'autres problématiques de santé (voir tableau 25 annexe 3). La lutte contre l'obésité apparaît comme « destination » de 3,5M€, dans un total de 479M€ pour l'ensemble des actions de la mission.

[248] Dans leurs réponses au questionnaire que leur a adressé la mission et lors des déplacements de celle-ci dans les ARS, il est apparu :

- une stagnation du niveau du FIR alors qu'il est notamment destiné à financer des actions correspondant aux orientations de la stratégie nationale de santé¹²⁵ : lien ville hôpital, parcours de santé, appui aux professionnels exerçant « en ville », lutte contre les inégalités territoriales ;
- un désengagement ou un attentisme de la part des ARS envers les réseaux de santé par crainte de voir leur financement réorienté ou prochainement asséché¹²⁶, ou de voir ces réseaux remplacés ou concurrencés par de plateformes territoriales d'appui (PTA).

Recommandation n°19 : Mettre en place les financements nécessaires au développement de l'ETP en matière de prise en charge de l'obésité, et étudier le financement par une MIG pour les établissements de santé (avec contractualisation dans les CPOM), et par le FIR hors établissements.

¹²⁴ Le % FIR/ONDAM peut être affecté par des transferts de charges, comme précisé à l'annexe 7 du PLFSS pour 2018, en p. 13 « la réorganisation du dépistage néonatal (hors surdité), confiée, à compter du 1er mars 2018, aux centres régionaux de dépistage néonatal (CRDN), (...) conduit à transférer un montant depuis le FNPEIS vers le FIR pour 6,1 M€ (...) ou un transfert de 3,6 M€ des soins de ville vers le FIR au titre de la prophylaxie pré-exposition au VIH dans les CEGGID) et en p. 15, 4^{ème} paragraphe : « L'évolution prévue pour le sous-objectif des dépenses relatif au FIR s'établit à 3,1 % en 2017 avec une évolution des dépenses tenant compte de la montée en charge des mesures nouvelles décidées en 2016. Enfin, le taux d'évolution des autres prises en charge par l'assurance maladie avant mesures nouvelles d'économies est évalué à 4,3 »)

¹²⁵ Voir les 4 thèmes prioritaires tels que définis par la Ministre des solidarités et de la santé le 13 octobre 2017 : La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux ; La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins ; L'innovation

¹²⁶ En matière de prise en charge de l'obésité, seuls les réseaux RePPPOP (réseaux de santé pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité pédiatrique), forts de leur cadre de travail reconnu et bénéficiant de la dynamique de leur expérimentation, semblent assurés de leur avenir.

3.3.2.3 Le non-remboursement de l'intervention de diététicien et de psychologue en ambulatoire est en contradiction avec les besoins reconnus de prise en charge des personnes obèses sévères /morbides

[249] L'intervention de diététiciens et de psychologues en accompagnement de personnes obèses est une nécessité. Les soignants l'affirment ; les recommandations de la HAS en font une quasi-obligation. Les personnes obèses et qui peuvent être réticentes à s'imposer des contraintes complémentaires, en affirment elles-mêmes l'intérêt, voire la nécessité.

[250] En amont et en aval d'une opération de chirurgie bariatrique, les consultations de ces professionnels peuvent être prises en charge par l'établissement dans lequel l'opération sera réalisée si cet établissement a prévu d'assurer cette prestation et de la financer. En dehors de ce processus et pour les établissements qui ne les assurent pas, les consultations restent à la charge du patient.

[251] Les choix budgétaires restrictifs envers les réseaux de santé les ont conduits à ne plus faire appel à des professionnels payés à la vacation, qui intervenaient au profit des personnes obèses aux revenus modestes.

[252] Comme la plupart des acteurs et professionnels de santé qu'elle a rencontrés, la mission considère que les psychologues et diététiciens ont un rôle important à jouer dans la prise en charge de l'obésité sévère / morbide et que, lorsque les consultations de ces professionnels ne sont pas financées à l'hôpital, elles doivent être remboursées en ville, selon des modalités à étudier qui pourraient s'inspirer d'un dispositif forfaitaire instauré pour les adolescents par la LFSS 2017 (art. 68) et le décret n°2017-813 du 5 mai 2017 : « *Le médecin généraliste, le pédiatre ou le médecin scolaire assure le suivi du parcours du jeune avec le psychologue libéral (...) Le forfait (...) comprend un total de douze consultations maximum pour le jeune et les titulaires de l'autorité parentale. ... Le forfait est financé par les crédits FIR (...) alloués aux maisons des adolescents à ce titre* ».

Recommandation n°20 : Etendre, en l'adaptant aux consultations en ville des psychologues et diététiciens intervenants dans la prise en charge de l'obésité sévère/morbide, le dispositif de remboursement des consultations des psychologues prévu en LFSS 2017 pour les jeunes.

4 STABILISER, RENFORCER ET RENOVER LE DISPOSITIF DES CENTRES SPECIALISES DE L'OBESITE (CSO)

4.1 Les centres spécialisés de l'obésité (CSO) ont été créés par le plan obésité 2010-2013 pour améliorer la prise en charge des personnes obèses, notamment sévères et morbides

[253] Dans le prolongement du plan Obésité 2010-2013, le ministère de la santé a décidé d'identifier en 2011, via les Agences Régionales de Santé, 37 Centres Spécialisés Obésité (CSO) dont 5 Centres intégrés de l'obésité (CIO). La création des CSO répondait à un objectif précis qui était « *d'assurer la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée ou associée à d'autres pathologies* » ainsi que celle « *des personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale* ». Les CSO, de nature et de taille très différente, ont deux missions principales :

- prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère. Les CSO interviennent pour les situations les plus complexes et les soins spécifiques ; ils disposent de l'expertise (nutrition, endocrinologie-métabolisme, psychologie, diététique...) et des équipements adaptés requis pour l'accueil de ces cas les plus difficiles en médecine et en chirurgie. Ils collaborent étroitement avec des spécialités clés (pneumologie, sommeil, cardiologie, hépatogastroentérologie) et avec une équipe de chirurgie et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisée dans la chirurgie bariatrique ;
- organisation de la filière de soins dans les régions. Les CSO s'inscrivent dans une démarche d'animation et de coordination territoriale. Cette seconde mission nécessite la définition et la mise en œuvre de modalités de coordination entre les acteurs, ce qui implique à la fois des actions de sensibilisation, d'information, de formation, l'écriture de protocoles organisationnels et l'animation d'une filière de prise en charge avec les acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux. Ce travail nécessite de créer une dynamique et de formaliser les partenariats en mettant en œuvre des actions qui ne sont pas directement en lien avec la prise en charge d'un patient mais qui ont une visée d'organisation de l'offre et de diffusion des compétences. Dans cette animation territoriale, les CSO ont pour tâche de contribuer, en lien avec les réseaux lorsqu'ils existent, à la coordination avec les acteurs du deuxième recours, notamment les chirurgiens, la médecine ambulatoire, les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation (SSR), les associations et les acteurs du médico-social.

[254] Les CIO sont des CSO qui ont des missions supplémentaires de formation, d'enseignement et de recherche. Ils assurent en outre la prise en charge des maladies rares, des syndromes génétiques, des obésités syndromiques et des situations médico-chirurgicales complexes.

[255] La mission a procédé, en annexe 4 du présent rapport, à une évaluation du dispositif d'ensemble des CSO/CIO¹²⁷ fondée sur des éléments quantitatifs quand des données étaient disponibles¹²⁸, et sur des éléments qualitatifs recueillis sur le terrain.

¹²⁷ Les cinq CIO sont des CSO qui se sont vus confier deux missions supplémentaires de formation des professionnels de santé et de recherche, ce qui explique pourquoi ils sont tous rattachés à un CHU/CHRU (cf. annexe 4). Dans ses investigations et au regard des données disponibles, la mission n'a pas établi de distinction entre les actions des CSO en tant que tels et celles qu'ils exercent en tant que CIO. Dans les CSO/CIO qu'elle a visités, ce sont surtout les activités de CSO - en particulier celles liées aux soins et à l'animation territoriale des acteurs - sur lesquelles ont porté l'essentiel des échanges. L'activité « recherche » des CIO est par ailleurs présente dans l'annexe 6 (notamment via le réseau FORCE).

¹²⁸ L'action des CSO ne peut pas être suivie via le PMSI ni le SNIRAAM qui ne peuvent pas identifier les établissements membres et/ou partenaires des CSO parmi l'ensemble des ES, et qui ne repèrent que très partiellement les personnes

[256] A travers les CSO qu'ils ont créés, le PO et l'instruction DGOS de 2011 ont voulu dessiner, définir et généraliser un modèle ambitieux de prise en charge de l'obésité pour tous les établissements, réseaux de soins et professionnels concernés. Les informations et données recueillies par la mission dans un échantillon de quatre régions et neuf CSO la conduisent à faire un bilan en demi-teinte de l'action des CSO depuis leur création. Les résultats obtenus n'atteignent pas tous les objectifs visés essentiellement parce que certaines dispositions importantes du cahier des charges des CSO établi en 2011 n'ont pas été mises en œuvre, et que les CSO n'ont pas été outillés, soutenus financièrement, pilotés et accompagnés de façon suffisamment active depuis la fin du plan obésité. Modèle pertinent, générateur de qualité et nécessaire mais resté inachevé, le dispositif des CSO doit aujourd'hui être conforté et redynamisé sur des bases renouvelées.

4.2 La création des CSO était un projet ambitieux dont la montée en charge a été rapide

[257] La création des centres spécialisés de l'obésité (CSO), dans le prolongement du plan obésité et dans les termes de l'instruction DGS/DGOS du 29 juillet 2011¹²⁹, était logiquement un projet ambitieux et volontariste puisqu'il visait à donner à ces structures nouvelles un rôle central dans la promotion et la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de la HAS en matière de prise en charge de l'obésité. En effet, cette instruction confie aux CSO¹³⁰ un rôle déterminant dans trois domaines :

- l'accueil et les soins de 3^{ème} recours aux personnes obèses les plus sévèrement atteintes (« obésité sévère ou multi-compliquée ») et/ou économiquement ou socialement vulnérables, organisés dans le cadre d'une prise en charge personnalisée et pluridisciplinaire (médicale, psychologique, chirurgicale, sociale...) mobilisant toutes les spécialités et compétences nécessaires ;
- l'organisation territoriale de la prise en charge des personnes obèses (sur l'ensemble des niveaux de recours), qu'il est demandé aux CSO de faire reposer sur des outils incitatifs de régulation de l'offre de soins, tels que la promotion et le soutien des bonnes pratiques (réunions de concertation pluridisciplinaire / RCP), l'identification et l'animation des acteurs ainsi que le référencement, au sein même du CSO ou dans des filières, de « partenaires »¹³¹ volontaires et capables de contribuer activement à une prise en charge de qualité ;
- l'expertise et le soutien aux ARS pour l'évaluation des besoins de prise en charge des personnes obèses, l'élaboration de la stratégie régionale de réponse à ces besoins (au sein des programmes régionaux de santé / PRS) et la structuration quantitative et qualitative de l'offre de soins.

[258] Tel qu'il a été instauré sui generis en 2011, le réseau des 37 CSO répartis sur l'ensemble du territoire, doté d'un observatoire (Observatoire national des CSO / oNCSO) et d'une entité faîtière (Groupe coordination et concertation des CSO / GCC CSO), a réussi à se déployer en cinq ans et à améliorer la qualité de la prise en charge de l'obésité sévère au sein des établissements qui le composent. Il convient d'inscrire au crédit des CSO la réussite de leur montée en charge, qui n'était pas acquise en 2011 et qui, même si elle s'est faite progressivement, sans grand soutien ni moyens

obèses prises en charge à l'hôpital, ce qui est en soit une limite sérieuse pour apprécier et évaluer ces structures précisément créées pour encadrer et circonscrire la chirurgie bariatrique.

¹²⁹ Instruction DGS/EA3/DGOS n°2011-380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS).

¹³⁰ Dans le texte du présent chapitre, les termes « CSO » désignent l'ensemble des établissements MCO qui le constituent, c'est-à-dire l'établissement de santé de rattachement administratif (ou siège) du CSO, ainsi que les autres établissements MCO avec lesquels il a noué des partenariats pour assurer la prise en charge médicale et/ou chirurgicale des patients.

¹³¹ Etablissements MCO, SSR et de soins de longue durée (USLD), réseaux de santé et de professionnels, maisons et centres de santé, professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, associations de patients...

et de façon inégale d'un CSO à l'autre, permet de dresser aujourd'hui un constat d'ensemble positif du dispositif des CSO pris dans sa globalité, ainsi que de leur action :

- alors qu'ils « partaient de rien » en 2011, les CSO permettaient d'offrir en 2014, soit trois ans plus tard, un accès significatif à des spécialités, des examens et des équipements : 80 % d'entre eux proposaient à leurs patients un accès à l'intégralité des secteurs de prise en charge auxquels ils doivent pouvoir faire appel¹³² ; 82 % d'entre eux disposaient de six des neuf matériels pour examens paracliniques de base¹³³ et 57 % disposaient des 10 équipements qualifiés d'indispensables par les experts pour une bonne prise en charge des personnes obèses ;
- même s'il connaît des délais d'attentes, le dispositif accueille aujourd'hui tous les patients obèses qui lui sont adressés (par d'autres ES ou par des professionnels de santé) ou qui se présentent spontanément, quel que soit leur niveau de sévérité et/ou de complication, et aussi bien les adultes que les enfants ;
- le dispositif offre théoriquement aux patients une prise en charge médicale complète incluant un diagnostic initial et des soins divers et adaptés qui sont, soit assurés au sein même d'un CSO, soit externalisés dans le reste du système de soins. Selon l'état de santé du patient, les CSO coordonnent sa prise en charge par l'hôpital (MCO et SSR) et/ou la médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes en nutrition, endocrinologie, métabolisme), en lien avec les professionnels paramédicaux (infirmiers, diététiciens, psychologues, masseurs kinésithérapeutes voire APA), les réseaux de santé et les associations de patients ;
- les CSO - qui ont résolument inscrit leur action dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques définies par la HAS - assurent aujourd'hui une qualité de la prise en charge préopératoire et générale des personnes obèses meilleure que les établissements non CSO, notamment en termes de pluridisciplinarité et alors même que les personnes qui y sont opérées sont plus gravement atteintes ;
- enfin, l'activité médicale des CSO a cru et s'est développée aussi bien au profit des adultes que des enfants, tandis que leur activité chirurgicale a connu une croissance maîtrisée :
 - la quasi-totalité des CSO (à l'exception de deux CSO ultra-marins) respectent le seuil d'activité minimal de 30 interventions de chirurgie bariatrique par an¹³⁴ ;
 - leur création n'a pas eu d'effet « d'appel d'air » sur le volume total des interventions chirurgicales pratiquées en France, dont ils ne représentent qu'un cinquième ;
 - les CSO ont globalement suivi - plutôt moins que plus - l'augmentation du volume des interventions observée au niveau national pour l'ensemble des établissements pratiquant la chirurgie bariatrique.

¹³² En plus de l'endocrinologie, de la nutrition, de la diététique et de l'activité physique, un CSO doit bénéficier d'un accès aux secteurs suivants : gynécologie obstétrique ; psychiatrie ; soins continus ; cardiologie ; réanimation ; pneumologie ; soins intensifs en cardiologie ; hépato-gastro-entérologie ; urgences médicales 24/24 ; consultation antidouleur ; urgences chirurgicales 24/24 et pédiatrie.

¹³³ Scanner, IRM, salle d'angiographie, absorptiomètre / DEXA, Gamma caméra et appareil de calorimétrie indirecte.

¹³⁴ Le cahier des charges joint à l'instruction DGOS de juillet 2011 précitée prévoit que les CSO doivent réaliser au moins 30 interventions par an. Cette condition ne s'applique pas aux autres établissements pratiquant la chirurgie bariatrique.

4.3 La montée en charge incomplète des CSO s'explique essentiellement par une mise en œuvre partielle du cahier des charges et par le manque de moyens et d'appuis apportés au projet

[259] D'importantes dispositions prévues par le cahier des charges des CSO joint à l'instruction DGOS de juillet 2011 ne sont pas mises en œuvre, ou ne le sont que partiellement, en particulier :

- l'accès des patients à l'ensemble des moyens d'exploration spécialisés et aux équipements adaptés, aux trois techniques chirurgicales de base et à des programmes d'éducation thérapeutique (ETP), qui n'est pas encore garanti dans tous les CSO, souvent faute de moyens ;
- le financement de la prise en charge des personnes obèses en hôpital de jour, qui n'est pas accessible ou est remis en cause par l'assurance maladie, mettant les CSO concernés en situation d'injonction paradoxale puisqu'il leur est demandé aussi de développer la prise en charge ambulatoire ;
- les coopérations entre les établissements, services et partenaires internes d'un CSO, qui ne sont pas toujours suffisamment organisées, développées et formalisées ;
- la vérification du respect des critères de labellisation des CSO (et l'actualisation qu'elle aurait pu induire quant à leur nombre et à leur répartition), qui n'a pas été réalisée trois ans après leur création, soit en 2015, comme le prévoyait l'instruction.

[260] Il convient par ailleurs d'inscrire au débit des CSO les constats suivants, qui résultent le plus souvent de freins mis à leur développement ou de malfaçons liées à la conception initiale du dispositif :

- dans certaines régions et territoires, des CSO peinent à exercer leur mission d'animation territoriale et de constitution de filières, manquent de visibilité voire se gênent entre eux ;
- l'ambivalence de leur statut - organique et/ou fonctionnel ? - et le flou sur leur structuration interne¹³⁵ nuisent à l'exercice des missions de coordination qui leur ont été confiées, entravent leur action et contribuent aussi à leur manque de visibilité ;
- les outils conventionnels de développement des filières, d'harmonisation des pratiques et de coopération inter-établissements qui ont été donnés aux CSO (chartes, conventions de partenariats, RCP...) ne sont guère opérants car non contraignants et peu incitatifs pour les autres établissements ;
- comme dans les autres établissements non CSO pratiquant la chirurgie bariatrique, la mission d'accompagnement des patients et de coordination ville – hôpital que les CSO doivent remplir pour assurer une bonne prise en charge des patients est insuffisamment financée, tant à l'hôpital qu'en ville¹³⁶ ;
- la répartition des rôles entre les CSO et les ARS est incertaine, conduisant les CSO de certaines régions à exercer de fait la fonction - qui excède leurs compétences et leurs ressources - d'organisation et de régulation de l'offre régionale en matière de prise en charge de l'obésité (nombre et choix des ES partenaires et des filières, structuration de l'offre libérale, organisation des transports bariatriques...) ;

¹³⁵ Ex : Qui fait quoi ? Qui coordonne sous l'autorité de quel chef? Quelles articulations et complémentarités, et comment sont-elles organisées ?

¹³⁶ Hôpital de jour, consultations diététique, psychologique ; activités physiques adaptées (APA), programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) - cf. annexes 3 et 5.

- les moyens de fonctionnement accordés aux CSO sont nettement sous dimensionnés au regard de leurs missions et des enjeux qu'ils portent¹³⁷, en particulier pour la mise en œuvre effective des recommandations de la HAS en matière d'accompagnement préopératoire et de suivi post opératoire des patients, pour le financement de la coordination des soins, pour l'animation territoriale et pour la réalisation des actions d'information générale sur la prise en charge de l'obésité, de communication et de formation des professionnels ;
- les possibilités de délégations de tâches, que les CSO avaient vocation à expérimenter et à promouvoir en matière de soins (ex : réglage des anneaux par un infirmier) et de coordination des soins (ex : par du personnel infirmier ou diététicien), ne se sont que marginalement développées en raison de la lourdeur de la procédure.

[261] Au bilan, la mission considère que le modèle ambitieux de CSO voulu en 2011- opérateur et coordonnateur de soins pour toutes les personnes obèses (en particulier obèses sévères et multi-compliquées), référence pour la prise en charge des situations les plus graves et régulateur régional secondaire de l'offre - est resté inachevé et doit être revisité :

- la segmentation en trois niveaux de prise en charge prévue par le PO et le rôle de troisième recours confié aux CSO ne se vérifie que partiellement dans la réalité¹³⁸ ;
- l'effet vertueux de la labellisation que voulaient susciter les promoteurs des CSO, s'il ne peut être objectivé et mesuré, semble essentiellement circonscrit aux établissements qui les composent.

4.4 Le dispositif inachevé des CSO repose aujourd'hui sur des bases cohérentes et l'expérience acquise doit permettre de l'améliorer selon six axes

[262] Les CSO ont apporté des progrès encore difficilement mesurables mais qualitativement significatifs dans la prise en charge des personnes obèses. Leur création et leur montée en charge depuis 2012 constituent une première étape et la mission estime possible et souhaitable d'améliorer le dispositif d'ensemble, en faisant évoluer leur modèle.

4.4.1 En matière de soins, mettre effectivement en œuvre plusieurs des conditions fixées en 2011 par le cahier des charges des CSO

[263] La mission recommande tout d'abord de réaffirmer et de s'assurer de la mise en œuvre effective des dispositions centrales du cahier des charges joint à l'instruction DGOS de 2011.

[264] Il est tout d'abord injustifiable que six ans après le lancement du plan obésité, l'environnement humain et technique nécessaire pour une prise en charge conforme aux recommandations de la HAS, en particulier des personnes obèses sévères et/ou multi-compliqués

¹³⁷ L'ordre de grandeur du montant des ressources de fonctionnement qui ont été attribuées aux CSO depuis leur création pour assurer la coordination des soins, l'animation territoriale, les actions d'information, de communication et de formation envers les professionnels et le public serait, selon une approche « optimiste », de 70 000 € par CSO et par an, soit une dépense totale annuelle de 1,7 M€ pour les 37 CSO.

¹³⁸ Les CSO n'ont pas l'exclusivité de la prise en charge des personnes atteintes d'obésité sévère et morbide. Les critères de la sévérité et de la complexité de la situation des patients prévu par le cahier des charges des CSO - 25 % seulement des personnes opérées dans un CSO présentent les niveaux de sévérité les plus élevés (niveaux 3 et 4 de la codification PMSI) et 22 % un IMC supérieur à 40 - ne sont pas un motif systématique de réorientation vers un CSO des patients initialement pris en charge dans des ES non CSO.

éligibles à la chirurgie bariatrique et des personnes opérées, n'ait pas été déployé intégralement et mis en place dans tous les CSO, qu'il s'agisse :

- des moyens matériels de base pour l'exploration et les examens spécialisés ainsi que les équipements spécifiques nécessaires à l'accueil des patients ;
- des moyens en personnel et en compétences nécessaires non seulement pour les soins mais aussi pour leur prise en charge amont (prévention secondaire et tertiaire, accompagnement pré-opératoire) et aval (suivi post opératoire de long terme, qui passe par exemple par des prises et relances de rendez-vous, par l'exploitation des possibilités offertes par les outils numériques existants, ou le développement de nouveaux outils...) ;
- des dispositifs complémentaires de prise en charge amont et post-opératoire que sont les réseaux de soins et les programmes adaptés d'éducation thérapeutique (ETP).

[265] Cet environnement voulu par le plan obésité et l'instruction DGOS de 2011 et auquel l'accroissement important des flux de patients ne pourra que souligner la nécessité criante, doit être considéré comme une véritable priorité. Les ressources financières et organisationnelles nécessaires à sa réalisation doivent donc être dégagées et déployées par les ARS et les établissements concernés, dans le cadre d'un plan d'action et de financement à élaborer et piloter par la DGOS.

[266] En outre, pour des raisons autant médicales (pertinence et qualité des soins) qu'éthiques (prise en compte de l'avis du patient au regard des incertitudes sur les risques à long terme – cf. annexe 2), les CSO – censés être exemplaires - doivent se conformer au critère du cahier des charges qui leur impose d'offrir à leurs patients le choix entre les trois principales techniques chirurgicales existantes. La mission recommande que la DGOS rappelle cette disposition aux CSO et les invite le cas échéant à nouer rapidement les partenariats nécessaires.

Recommandation n°21 : Allouer aux CSO les moyens humains et matériels qui leur font aujourd'hui défaut pour respecter les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, en particulier en matière :

- **d'accès aux moyens d'exploration spécialisés et d'examens, et aux équipements spécifiques ;**
- **de recours aux programmes d'éducation thérapeutique (ETP) ;**
- **de prise en charge chirurgicale selon des modalités offrant aux patients le choix entre les trois principales techniques ;**
- **d'accompagnement préopératoire et de suivi post opératoire de long terme.**

[267] Pour la pertinence et la sécurité des soins, l'équipe chirurgicale d'un CSO doit réaliser un nombre minimal de 30 interventions chirurgicales par an. La mission recommande que ce seuil soit effectivement appliqué et son respect régulièrement vérifié, voire qu'il soit augmenté en fonction de la suite qui sera donnée à une proposition qu'elle fait par ailleurs de le porter de 50 à 100 interventions pour tous les établissements pratiquants la chirurgie bariatrique (cf. annexe 3 et § 2.1. ci-dessus).

[268] L'hôpital de jour offre des modalités techniques et financières de prise en charge des personnes obèses (examens, plateaux techniques, consultations...) que les experts rencontrés par la mission considèrent comme unanimement nécessaires à différents stades de la maladie et du processus de prise en charge (bilan initial, accompagnement pré opératoire, suivi post opératoire). L'hôpital de jour permet sans doute d'éviter des hospitalisations de longue durée et des examens en doublon avec la médecine de ville, et il va dans le sens voulu par les pouvoirs publics d'un développement accru de la médecine ambulatoire.

[269] Comme prévu par le cahier des charges des CSO, ceux-ci doivent pouvoir assurer la prise en charge de leurs patients en hôpital de jour et recevoir les financements correspondants sans risquer de voir ces derniers remis en cause lors des contrôles de l'assurance maladie. Ces contrôles ne sont en outre pas appliqués de la même façon d'une région à l'autre (cf. annexe 3 et 4 et § 3.3.2.1 ci-dessus). En l'absence d'un déblocage rapide du projet de nouvelle circulaire dite « frontière » dont il a été dit à la mission qu'il visait à préciser et à sécuriser ce financement, la mission recommande, compte tenu de la prévalence de l'obésité - notamment sévère et morbide - et du rôle de troisième recours qui incombe aux CSO, qu'un moratoire soit prononcé sur les contrôles de l'hôpital de jour dans les CSO et/ou que des dispositions spécifiques, voire dérogatoires, soient édictées par la DGOS et la CNAMTS en leur faveur.

Recommandation n°22 : suspendre dans les centres spécialisés de l'obésité les contrôles sur les facturations des hôpitaux de jour jusqu'au choix d'une nouvelle modalité de financement pour l'ensemble des établissements concernés (cf. recommandation n°18).

[270] Les CSO/CIO ont pour mission de contribuer à l'harmonisation des pratiques et à la pertinence des soins, notamment des indications de chirurgie bariatrique, aussi bien en leur propre sein (établissements de rattachement et partenaires) que vis-à-vis des autres établissements accueillant des personnes obèses. Dans le modèle actuel, cette mission est assurée par la tenue des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) prévues par les recommandations de la HAS et qui, suivant les CSO/CIO, peuvent se tenir à trois niveaux :

- conformément aux recommandations de la HAS, des RCP d'établissement sont organisées périodiquement dans le ou les établissements de médecine et/ou chirurgie qui participent aux CSO ; la participation des personnels hospitaliers à ces réunions est considérée comme financée par le GHM du patient correspondant ;
- des RCP régionales dites « de recours » sont parfois aussi organisées par l'établissement de médecine et/ou de chirurgie coordonnateur du CSO. Ces réunions sont ouvertes aux représentants des autres établissements accueillant des personnes obèses et visent, dans une logique de retour et de partage d'expérience, à permettre aux médecins et chirurgiens de ces établissements de présenter des cas complexes susceptibles de donner lieu à échanges, discussions et débats, voire à une forme d'expertise collective quand la RCP intervient en amont de la décision d'opérer. Selon les éléments recueillis par la mission, la participation de représentants des équipes médicales et chirurgicales des établissements concernés est inégale et globalement faible, les trois principaux motifs avancés étant la crainte des professionnels présents d'être dépossédés de leur pouvoir de décision (ou de voir leur décision contestée), la distance à parcourir entre ces établissements et le CSO qui est parfois grande (situation observée par la mission en région Midi-Pyrénées-Languedoc-Roussillon), et le temps agent nécessaire (généralement un chirurgien) pour le déplacement et la réunion elle-même, qui n'est pas défrayé ;
- certains CSO, parfois soutenus dans cette démarche par l'ARS comme en Ile-de-France et dans les Hauts-de-France, sont allés encore plus loin en mettant en place des réunions inter-établissements régulières dites de « revue de morbi-mortalité » (RMM) destinées à assurer, sur une base volontaire, un retour d'expérience sur les suites des interventions de chirurgie bariatrique, notamment les ré-interventions (cf. partie 2.2).

[271] La RCP de recours comme les RMM peuvent être utiles à la qualité et à l'harmonisation des pratiques ainsi qu'à l'exercice, par les CSO, de leur mission de formation des professionnels de santé à la chirurgie bariatrique. L'existence de trois niveaux de réunions semble cependant irréaliste en termes d'assiduité. Si les RCP d'établissement sont cadrées, le contenu et la périodicité des RCP de recours et des RMM méritent cependant d'être précisés de façon à essayer de les regrouper en une seule réunion obéissant à un calendrier adapté, en lien avec le volume de l'activité opératoire.

[272] Cette démarche doit donc être soutenue et promue et la mission propose, afin d'inciter les médecins et chirurgiens exerçant dans le secteur privé à y participer, de prévoir que ces réunions puissent se tenir en visio-conférence pour les établissements éloignés du CSO (et de donner les moyens correspondants aux CSO) de les défrayer de leur participation sur une base forfaitaire (vacations ?) à définir avec les professionnels concernés¹³⁹ (groupe de travail à constituer par la DGOS avec le GCC CSO et des professionnels représentants des établissements accueillant des personnes obèses ayant une activité chirurgicale). Les dépenses correspondantes seraient supportées sur le FIR.

Recommandation n°23 : Sous l'égide de la DGOS et en lien avec le GCC CSO, définir et formaliser un cadre pour l'organisation des « RCP de recours / revue de morbi-mortalité » au sein des CSO ; intégrer la participation régulière des praticiens à ces réunions au processus d'autorisation à exercer la chirurgie bariatrique, et mettre en place le cas échéant les financements adaptés au statut des parties prenantes.

[273] L'adaptabilité à l'obésité morbide des modalités de RCP relatives aux activités d'oncologie pourrait être utilement étudiée. Certains des interlocuteurs de la mission ont en effet cité en exemple d'évolution possible des CSO le rôle joué dans la prise en charge du cancer par la vingtaine des centres régionaux de lutte contre le cancer (CRLCC) existants qui, comme les CSO/CIO, assurent des missions de prévention, de recherche, d'enseignement et de soins, et sont porteurs d'un modèle de prise en charge globale et multidisciplinaire. Mais le parallèle atteint ses limites dès lors que, dans le cas du cancer, l'éventail des réponses thérapeutiques aux situations graves est nettement plus large que la seule chirurgie : les soins sont organisés autour d'une offre de prise en charge hospitalière bien plus dense que celle de l'obésité - et soumise à autorisation -, et dès lors que le cancer a donné lieu à trois plans de santé publique et a mobilisé des moyens financiers à grande échelle.

[274] Eu égard aux obstacles et aux délais nécessaires à la définition, au financement et au déploiement d'un (ou plusieurs) parcours de prise en charge pour les personnes obèses sévères (IMC > 35) et multi-complicquées, il semble ensuite souhaitable de commencer à étudier la faisabilité et l'impact sur le système de soins d'une solution alternative qui consisterait à instaurer, à terme, un processus obligatoire, structuré et formalisé d'évaluation initiale / filtre / orientation des patients. Dans un tel processus, les patients passeraient systématiquement par un CSO ainsi érigé, sur le modèle hollandais évoqué en annexe 2, en « gate keeper », c'est-à-dire en point d'entrée unique dans le système de soins chargé en outre de coordonner et de financer les acteurs de la prise en charge pré et post opératoire des personnes éligibles à la chirurgie bariatrique.

[275] Ce modèle recoupe et précise la proposition n°16 faite par l'assurance maladie dans son rapport de juillet 2017 intitulé « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 », ainsi libellée :

¹³⁹ Exemple : une RCP de recours par mois au maximum, incluant une participation (en présentiel et/ou en visio-conférence) d'au maximum deux professionnels par établissement privé (un médecin et/ou un chirurgien), sur une durée de l'ordre de une à trois heures.

Encadré 4 : Renforcer le rôle des centres spécialisés de l'obésité dans le suivi des patients et créer un forfait pour le suivi postopératoire

L'amélioration de l'organisation du suivi post chirurgie bariatrique est indispensable à l'efficacité à long terme de cette chirurgie et à la réduction de la survenue des complications par une meilleure sélection, une meilleure information et une préparation systématique des patients. L'adhésion des patients à un suivi à vie permettra ainsi une réduction de la gravité des complications, détectées et prises en charge précocement. L'Assurance Maladie propose que ce suivi s'inscrive dans le cadre d'un projet personnalisé de soins formalisé, pré et post chirurgie bariatrique. Ce projet engagerait le patient, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire. Ce projet de soins serait basé sur une approche multidisciplinaire conforme aux recommandations de la HAS. Le rôle des centres spécialisés de l'obésité (CSO) – en lien avec les centres partenaires – est ici central et l'Assurance Maladie propose que la responsabilité de la coordination du suivi des patients leur soit confiée. Cette coordination doit se faire en lien étroit avec le patient et son médecin traitant. Cela suppose une mise à jour du cahier des charges des CSO, qui pourrait mieux définir les contours de ces centres et les objectifs de qualité et de performance les mieux à même d'évaluer leur fonctionnement. L'Assurance Maladie propose qu'un paiement forfaitaire couvrant les frais et dépenses relatifs à l'éducation thérapeutique, le dosage et la supplémentation adaptée des vitamines et micronutriments et la prise en charge de psychologue tel que formalisé dans le protocole de soins personnalisé soit mis en place. Du fait de leur rôle dans l'organisation du suivi, les CSO sont les destinataires naturels de ce forfait.

[276] Il va de soi qu'un modèle aussi directif serait lourd et structurant pour l'organisation du système de soins français, et que sa mise en œuvre sera rendue complexe, notamment par l'insuffisance des capacités actuelles des CSO en matière de prise en charge pré et post opératoire, à laquelle il faut impérativement remédier. Mais ce modèle pourrait à terme gagner en faisabilité en raison, d'une part, des progrès attendus en matière de profilage clinique des personnes obèses qui pourraient faciliter leur diagnostic et leur orientation (cf. annexe 6 et recommandations faite par la mission en matière de recherche clinique) et, d'autre part, du développement des dossiers patients numériques qui pourraient étayer techniquement l'organisation du suivi.

[277] Dans l'hypothèse où le parcours de prise en charge adapté aux personnes obèses que la mission recommande par ailleurs de développer (cf. annexe 3) ne pourrait pas être mis en œuvre et/ou financé dans un délai raisonnable, de l'ordre de trois ans, la mission suggère que soit étudiée la faisabilité et l'impact d'un nouveau modèle d'organisation de la prise en charge consistant à ériger les CSO en centres d'évaluation initiale / filtre / orientation et suivi des personnes obèses sévères et multi-complicquée (type « gate keeper »).

4.4.2 En matière de coordination des soins et d'organisation territoriale de la prise en charge des personnes obèses, clarifier le rôle des CSO et des autres acteurs

[278] La mission recommande tout d'abord de préciser deux des dispositions énoncées dans le cahier des charges joint à l'instruction DGOS de 2011. En effet, la mission de coordination des CSO est en réalité double (cf. annexe 4) car à la fois :

- intra-CSO : coordination des soins et des établissements, services et structures qui constituent le CSO et alimentent en patients les filières et réseaux de soins associées, accompagnement pré opératoire des patients éligibles à la chirurgie bariatrique, suivi post opératoire - et à très long terme - des patients opérés (de plus en plus nombreux...) ; identification et suivi des besoins en recherche clinique,...

- ... et territoriale / populationnelle : coordination des acteurs pour, en lien avec l'ARS (en principe), harmoniser les pratiques, développer les coopérations, faire monter les professionnels en compétence, informer et orienter les usagers, partager et échanger avec les autres CSO de la région, animer la réflexion territoriale en matière de recherche clinique (qualification, synthèse et expression des besoins, suivi des travaux en lien avec le CIO),...

[279] Or cette double fonction de coordination ne correspond aujourd'hui pas à un métier précis au sein des métiers de l'hôpital. De nature transversale, différente des métiers du soin, elle est aujourd'hui assurée, suivant les CSO, par des personnels recrutés sous divers statuts et métiers¹⁴⁰, aux compétences et expériences hétérogènes, et souvent touchés par un turn-over important. La mission estime donc nécessaire :

- de qualifier précisément la fonction de coordination de CSO afin de lui donner un contenu clair, précis, formalisé, partagé et reconnu par les acteurs, de la dimensionner (nombre d'agents nécessaires en tenant compte des flux de patients, des aides techniques à leur suivi...) et de définir les compétences et aptitudes attendues des agents concernés ainsi que leurs modalités de formation (action à confier au GCC CSO, en lien avec le SG MASS et des ARS) ;
- de valoriser cette fonction en donnant aux candidats non statutaires un minimum de perspectives professionnelles (CDI ou CDD de deux ou trois ans) et en y attachant un niveau de rémunération cohérent avec les qualifications requises et les responsabilités exercées (action à mener par la DGOS, en lien avec les ARS et les établissements de santé de rattachement des CSO).

Recommandation n°24 : Reconnaître, qualifier, dimensionner et valoriser la fonction de coordination de CSO, et sécuriser la situation des agents concernés.

[280] Si tous les acteurs, établissements et experts rencontrés ou sollicités par la mission appellent unanimement de leurs vœux le développement de coordinations plus efficaces en matière de prise en charge de l'obésité, en particulier des patients éligibles à la chirurgie bariatrique, aucun ne semblait avoir une idée claire de la façon dont les différents échelons, professionnels et entités jouant déjà un rôle de coordination (médecin traitant, médecin spécialiste, maisons et centres de santé, réseaux de soins, établissement de soins, CSO...) allaient pouvoir s'articuler avec les nouvelles plateformes territoriales d'appui (PTA). Cette incertitude trouve sans doute une partie de son origine dans l'absence de modèles de parcours adaptés et financés pour les personnes obèses ainsi que dans le caractère récent et en devenir des PTA.

¹⁴⁰ Contractuels en CDI ou CDD, professionnels de santé, ou administratifs ou techniques exerçant sous différents statuts et métiers tels que praticiens hospitaliers, cadres de santé, infirmiers, ingénieurs, diététiciens, attachés d'administration hospitalière, adjoints médico-administratifs, psychiatres...

Encadré 5 : Les plateformes territoriales d'appui (PTA¹⁴¹)

Leur objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes¹⁴², sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise. La plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile, orienté vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...
- l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties. En cela, la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient.
- le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination. Dans ce domaine, la plateforme appuie de manière opérationnelle et logistique les projets des professionnels.

Le déclenchement des services de la plateforme est activé par le médecin traitant ou par un autre professionnel en lien avec lui.

[281] Les PTA sont en principe polyvalentes et destinées à coordonner les « parcours complexes », ce qui laisse à penser que les patients atteints d'obésité sévère ou multi-compliquée - souvent affectés par d'autres comorbidités - relèvent du champ de compétence de ces plateformes, qu'ils soient suivis par un CSO/CIO ou par un autre établissement de santé non CSO. Mais la fonction de coordination des soins est aussi une mission des CSO que la plupart d'entre eux ont développée dans le cadre de filières, en lien avec des réseaux de prise en charge des personnes obèses (notamment d'éducation thérapeutique), et que la création des PTA pourrait perturber, voire concurrencer, en particulier sur le champ des relations avec les professionnels de ville¹⁴³.

[282] Si les ARS, chargées de piloter l'ensemble du système au niveau régional, ont vocation à répartir les rôles, les financements et les publics¹⁴⁴ entre les différents acteurs du système, il manque des règles d'application nationale ou des principes communs d'action précisant l'articulation entre, d'une part, les PTA et, d'autre part, les CSO, les établissements non CSO et les réseaux de soins. Compte tenu du besoin particulier d'accompagnement social et médico-social des personnes obèses - dont les acteurs rencontrés par la mission suggèrent qu'il n'est pas toujours suffisamment assuré - une telle doctrine (à élaborer sous l'égide du SG MASS¹⁴⁵, en lien avec la DGOS et le GCC CSO) pourrait notamment promouvoir une complémentarité des CSO et des PTA sur ce champ, et en préciser les modalités.

Recommandation n°25 : Définir et poser au niveau national les principes d'une bonne articulation, pour la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides, des missions de coordination que les textes confient aujourd'hui à la fois aux CSO, aux plateformes territoriales d'appui (PTA) et aux réseaux de santé (ainsi qu'aux établissements non CSO qui accueillent des personnes obèses).

¹⁴¹ Cf. l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

¹⁴² Le parcours de santé est dit « complexe » lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

¹⁴³ Ce sont aujourd'hui par exemple le plus souvent les CSO qui, s'agissant de leurs patients, déclenchent les services et prestations que les PTA ont vocation à coordonner, en lien avec les médecins généralistes.

¹⁴⁴ En tenant compte des caractéristique de chaque territoire : besoins des populations, densité et compétences des professionnels, outils numériques et systèmes d'informations existants...

¹⁴⁵ Il a sur ce point été signalé à la mission que des travaux, actés dans leur principe lors du comité national de pilotage des ARS du 28 avril 2017, devaient être lancés et animés par le SG MASS dans un « objectif national de convergence des dispositifs de coordination territoriale en fonction des dynamiques territoriales ».

4.4.3 En matière de situation juridique, donner aux CSO un statut clair et visible et, à défaut ou en attendant, renforcer leur organisation et mieux les outiller

[283] Comme cela a été établi dans l'annexe 4, la structuration interne des CSO, fondée sur des coopérations, des partenariats et des outils conventionnels ni contraignants ni obligatoires, est aujourd'hui un frein important à leur efficacité. Alors que le cahier des charges annexé à l'instruction DGOS de juillet 2011 suggérait d'organiser les CSO autour de groupements de coopération sanitaire (GCS)¹⁴⁶, aucun CSO n'a adopté cette forme juridique qui vise pourtant des objectifs dans lesquels les CSO auraient pu se reconnaître : partager et mettre en œuvre une stratégie commune, mutualiser des moyens et gérer en commun certaines fonctions et activités.

Encadré 6 : Groupement de coopération sanitaire (GCS) et Groupement de coopération sanitaire de moyens (GCSM)

Le GCS est l'outil de coopération privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital¹⁴⁷. Le GCS de moyens est la forme de droit commun des GCS. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Le GCS permet de constituer des équipes communes de professionnels médicaux, tous statuts confondus (praticien hospitalier, médecin salarié ou médecin libéral) qui, par la mise en œuvre du mécanisme dit des prestations médicales croisées, vont pouvoir intervenir sur l'ensemble des patients hospitalisés dans les établissements de santé membres du groupement. Peuvent également y participer, si l'ARS donne son accord, tous les autres professionnels de santé (pharmaciens, auxiliaires médicaux, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) ou organismes volontaires.

Le GCS est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé¹⁴⁸.

Le champ d'action du GCS est vaste puisque, sous réserve de dispositions contraires spécifiques, toutes les activités, fonctions ou missions de ses membres peuvent être confiées à un GCS qui a donc la possibilité :

- d'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ;
- de permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux.

Selon le dernier rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014 : au 31 décembre 2014, 627 GCS ont été recensés. Cette progression des créations de GCS (augmentation de 28 %) semble toutefois connaître une certaine stabilisation, l'évolution de cet outil portant davantage sur sa composition (développement du nombre et de la diversité des membres au sein de GCS déjà créés). On dénombre en moyenne 24 GCS par région, les deux régions comptant le plus de GCS étant les régions Rhône-Alpes (58 GCS) et Pays de La Loire (50 GCS). Les GCS de moyens restent la forme prépondérante puisqu'ils représentent 96 % des GCS.

L'activité de soins la plus fréquente est désormais le traitement du cancer (17 GCS, soit plus de la moitié des GCS concernés), suivie par la médecine (11 GCS), la chirurgie (5 GCS), les activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie (5 GCS) et la médecine d'urgence (5 GCS).

¹⁴⁶ Le GCS est l'une des formes de coopération territoriale de nature organique prévue par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) », à côté du groupement d'intérêt économique (GIE), du groupement d'intérêt public (GIP) et du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCS-MS).

¹⁴⁷ Selon le site du ministère de la santé : 65 GCS étaient recensés au 31 décembre 2006, 128 au 31 décembre 2007, 191 fin 2008, 347 GCS au 30 juin 2010 et 491 au 30 juin 2012.

¹⁴⁸ Le GCS est de droit public lorsqu'il est exclusivement composé de personnes morales de droit public ou de personnes morales de droit public et de professionnels médicaux libéraux, et de droit privé lorsqu'il est exclusivement composé de personnes morales de droit privé. Lorsque le GCS comporte à la fois des personnes morales de droit public et de droit privé, il acquiert la nature juridique du ou des personnes morales majoritaires au capital, ou à défaut de capital, majoritaires aux charges de fonctionnement du groupement.

Ces activités de soins sont en grande majorité exploitées conjointement par des établissements de santé publics et privés puisque 21 GCS sont des GCS mixtes (soit 70 % des 30 GCS). Ces derniers coopèrent essentiellement sur une activité unique.

[284] La mission n'a été informée que d'un seul cas de coopération organique formalisée qui est celui de la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Nutrition (SRAE) des Pays-de-la-Loire mise en place par l'ARS en janvier 2016 pour mutualiser toutes les actions en lien avec le PNNS et le PO. Cette SRAE, rattachée administrativement à un établissement mais dotée d'un budget fléché¹⁴⁹, compte quatre agents équivalent temps plein. Elle est conçue comme un opérateur du PRS visant, dans une logique d'entrée par la « nutrition » (promotion de la santé par l'alimentation et l'activité physique, dépistage des troubles alimentaires dont l'obésité et la dénutrition) et croisant publics / pathologies / prévention / information des professionnels et patients sur l'offre de soins :

- à animer le réseau des acteurs de santé concernés ;
- à promouvoir la qualité et la sécurité des pratiques, l'expertise et le recours (dont RCP, ETP, recherche...) ;
- à informer et communiquer en direction des décideurs, des professionnels, des établissements et de la population. Cette SRAE assure donc, sur une partie de leurs missions (ETP, réseaux et filières), le soutien des actions des deux CSO de la région (CHU d'Angers et de Nantes) qu'elle aide notamment à fédérer les acteurs¹⁵⁰.

[285] La solution de la SRAE ainsi adoptée en Pays-de-la-Loire semble intéressante pour soutenir - et coordonner indirectement - l'action des deux CSO de la région - tous deux publics - en matière d'animation territoriale des acteurs et d'information des professionnels et du public, mais elle ne permet pas de résoudre les problèmes organisationnels que rencontrent les CSO du fait de leur statut juridique incertain, problèmes accrus lorsque l'établissement de rattachement d'un CSO est privé ou lorsqu'il compte en son sein des partenaires du secteur privé. La solution SRAE n'offre donc pas les possibilités de mutualisation qu'offre le GCSM, mais elle peut utilement le compléter, en particulier dans les régions comptant plusieurs CSO publics et souhaitant lier davantage nutrition et obésité.

[286] A l'aune de l'augmentation de la prévalence de l'obésité, la mission estime donc que les CSO doivent continuer à se développer et qu'ils ont besoin pour cela d'être structurés de façon plus claire et robuste juridiquement, plus visible, plus ouverte et plus flexible que ne le permet le modèle conventionnel et partenarial actuel. Nombreux sont les CSO qui ont désormais atteint un niveau d'activité médicale et chirurgicale et un degré de maturité dans la gestion de leurs activités qui justifient et permettent un changement d'échelle et un passage effectif au statut de GCS préconisé déjà en 2011.

[287] La mission recommande que, dans le cahier des charges rénové des CSO qu'elle propose par ailleurs d'établir, les futurs CSO soient constitués en GCS de moyens, statut juridique qui semble capable de réunir l'ensemble de la palette des compétences, services et ressources nécessaires à une prise en charge complète et organisée (parcours) des personnes obèses, et d'accueillir en son sein aussi bien des établissements privés que publics.

¹⁴⁹ 286 K€/an, versé par l'ARS sur le FIR.

¹⁵⁰ Autres établissements, médecine de ville, associations, réseaux, collectivités...

[288] Une telle évolution - outre qu'elle s'inscrit déjà dans l'esprit et la lettre du cahier des charges de 2011 - présenterait l'avantage, si elle est effective - d'apporter des réponses précises et concrètes à plusieurs des difficultés et freins rencontrés par les CSO et listés par la mission dans l'annexe 4. Les principales conséquences de l'adoption du modèle GCS, notamment en termes de modalités techniques de réalisation, seraient les suivantes :

- la visibilité des CSO serait améliorée car ce statut permettrait de sortir de la situation organisationnelle ambiguë dans laquelle se trouvent aujourd'hui les CSO/CIO, ni établissement, ni service, ni pôle à part entière, mais « centres » sans identité organique. Le modèle poly-établissements, privilégié en 2011 afin de combiner prise en charge médicale et prise en charge chirurgicale sur la base des capacités et compétences existant dans des établissements différents, serait ainsi reconnu et conforté dans un cadre organisationnel qui a fait ses preuves dans d'autres domaines de coopération (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, traitement du cancer, réanimation néonatale, imagerie médicale en cardiologie et médecine d'urgence...) ;
- les engagements des actuels « partenaires » des CSO (ES MCO et SSR, réseaux de soins, structures diverses de regroupements de professionnels de santé médicaux et paramédicaux...) à appliquer rigoureusement les règles de pertinence des soins et de sécurité sanitaire définies par la HAS, et à contribuer à la constitution de filières territoriales de prise en charge des personnes obèses, seraient renforcés par le statut de GCSM et la nature contractuelle des engagements qui vont avec ;
- la situation administrative et financière incertaine des actuels CSO serait clarifiée :
 - une nouvelle entité dotée de la personnalité morale réunirait, selon des modalités juridiques adaptables, les fonctions et ressources que les différentes parties prenantes actuelles n'identifient pas ou peu. Dans l'hypothèse où la présente recommandation de constituer en GCSM la prochaine génération de CSO ne serait pas retenue ou sa mise en œuvre différée, la mission recommande, à minima et à droit constant, qu'un établissement « de rattachement administratif » soit clairement et formellement choisi et désigné pour assurer l'hébergement et le soutien administratif, technique (site internet, suivi des équipements et ressources disponibles...) et financier du CSO (gestion, suivi et traçage, en lien avec l'ARS, des crédits nécessaires aux actions de communication, de formation et d'animation territoriale du CSO incluant la constitution des filières) ;
 - la situation des personnels des CSO rattachés à un établissement public, aujourd'hui très floue en l'absence d'identification des fonctions propres du CSO, serait également clarifiée puisque le GCSM peut être employeur et peut recruter par contrat des personnels médicaux et non médicaux selon les règles qui régissent son statut juridique. Les établissements membres d'un GCSM conservent en effet la qualité d'employeur, tout en pouvant soit mettre leur personnel à la disposition du groupement (qui est alors valorisé auprès du GCS au titre des contributions en nature), soit l'y détacher ;
 - les GCSM ayant la capacité de percevoir directement des crédits au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation lorsque leurs membres leur transfèrent une mission financée à ce titre, les CSO sous ce statut verraient les ressources que leur attribuent la DGOS et les ARS clairement identifiées et tracées, de façon distincte de celles de leur établissement de rattachement actuel ;

- la constitution de CSO mixtes réunissant des établissements publics et privés sera facilitée par la création de GCSM car ce statut présente l'avantage important, au regard de la concurrence existante entre établissements, d'éviter d'avoir à en choisir ou désigner implicitement un comme « coordonnateur ». Dans le GCSM, c'est en effet le groupement lui-même qui fixe ses modalités de coordination, ce qui peut aussi inciter à l'adhésion. Dans l'hypothèse où la présente recommandation de constituer en GCSM la prochaine génération de CSO ne serait pas retenue ou sa mise en œuvre différée, la mission recommande, a minima et à droit constant, que les fonctions de « coordination de CSO » soit prévues et financées sur une MIG spécifique et que les personnels correspondants soient supportés par le budget de « l'établissement de rattachement administratif » précité ;
- les relations avec l'ARS seraient également clarifiées sur le plan administratif compte tenu des règles précitées en matière de ressources humaines et financières. A cet égard, une convention pluriannuelle (2 ou 3 ans) de type CPOM pourrait être systématiquement passée entre l'ARS et le GCSM afin de préciser et de formaliser les engagements réciproques (y compris financiers de la part de l'ARS), les objectifs opérationnels et les résultats attendus du GCSM. Dans l'hypothèse où la présente recommandation de constituer en GCSM la prochaine génération de CSO ne serait pas retenue ou sa mise en œuvre différée, la mission recommande, a minima et à droit constant, de renforcer l'opposabilité des actuelles conventions entre ES constitutifs des CSO en prévoyant que celles-ci soient systématiquement co-signées par l'ARS et que leur contenu soit retranscrit dans les CPOM que passent les ARS avec les établissements concernés.

Recommandation n°26 : Afin de leur permettre de disposer d'une organisation adaptée à leurs missions, constituer effectivement la prochaine génération de CSO en GCS de moyens. En attendant, et à droit constant :

- **désigner un « établissement de rattachement administratif » au sein de chaque CSO pour assurer l'hébergement et le soutien administratif, technique et financier de ce dernier ;**
- **prévoir et financer sur une MIG spécifique une fonction de « coordination de CSO » pour que les emplois des personnels correspondants soient imputés dans les comptes de « l'établissement de rattachement administratif »;**
- **renforcer l'opposabilité des actuelles conventions entre établissements de santé constitutifs d'un CSO en prévoyant que celles-ci sont systématiquement co-signées par l'ARS, et que leur contenu est retranscrit dans les CPOM qui lient les ARS aux établissements concernés.**

4.4.4 En matière de relations entre les ARS et les CSO, et entre la DGOS et les ARS, clarifier et organiser la répartition des compétences

[289] Comme développé en annexe 3, la supervision des CSO par les ARS sur les trois champs de la structuration de l'offre de soins, de l'animation et de la coordination territoriale des acteurs, et de d'information des professionnels et du public, n'est pas toujours assurée faute d'implication de leur part et de clarté sur les responsabilités respectives des ARS et des CSO. La mission recommande donc d'amodier l'instruction DGOS de 2011 et son cahier des charges annexé de façon à faire apparaître plus clairement le rôle des ARS, notamment lors de la préparation des PRS, dans les trois domaines suivants :

- structuration régionale / territoriale de l'offre de soins hospitalière (définition et cadrage des besoins, du format, de la nature et de la répartition géographique de l'offre MCO, SSR voire USLD et des filières ; principes d'organisation des transports sanitaires bariatriques...) et son articulation avec l'offre médico-sociale ;

- coordination hôpital - ville (définition des besoins de prise en charge par des réseaux de santé ETP dont REPPPOP, d'accompagnement des patients par des associations d'usagers, d'identification de professionnels médicaux et paramédicaux en mesure de participer au premier et au deuxième recours et à la prise en charge sociale ...);
- information des professionnels et du public (cadre général en termes d'accès, de visibilité, d'actions de communication, de sites internet et de besoins en annuaires professionnels...).

[290] L'ambiguïté sur le « qui fait quoi » entre les CSO et l'ARS est manifeste dans le domaine des transports bariatriques que deux textes successifs pris en application du PO ont explicitement demandé aux ARS de structurer pour le premier, puis aux CSO de gérer et d'organiser au niveau territorial pour le second. La mission estime que les CSO ne sont pas le bon niveau de structuration et de gestion de l'offre de transports bariatriques et d'équipement du système de soins en véhicules adaptés aux personnes obèses. La mission propose par ailleurs, sur la base de la pratique observée dans une région, que soit étudiée par la DGOS et l'assurance maladie la possibilité d'instaurer un tarif spécifique pour le transport des personnes obèses non urgents dont l'état ne permet pas de recourir aux ambulances et VTC « ordinaires ». Le tarif de remboursement de cette prestation devrait être d'un montant tel qu'il permettrait d'inciter les transporteurs privés à investir dans l'acquisition de véhicules et équipements adaptés.

[291] La mission a par ailleurs observé une bonne pratique consistant, dans des régions qui comptent plusieurs CSO, à identifier une personne chargée notamment d'animer le retour d'expérience, d'harmoniser les pratiques, de consolider les données et indicateurs, et de centraliser les travaux et études demandés ou organisés par l'ARS (ex : contribution au PRS, annuaire des offreurs de soins, communication internet sur la prise en charge de l'obésité, charte commune aux partenaires sur les règles de pertinence des soins...). Suivant le contexte local et les ressources disponibles, cette fonction peut aussi, comme c'est le cas par exemple en Ile-de-France, être assurée par un directeur de projet désigné en son sein par l'ARS.

[292] La mission a montré dans l'annexe 4 que la fonction de « correspondant PNNS/PO » dans les ARS prévue par l'instruction DGOS de juillet 2011 n'était aujourd'hui pas clairement assurée, ce qui ne facilite pas le suivi des sujets d'obésité et de chirurgie bariatrique par les ARS ni la définition du cadre régional de l'action des CSO. La mission recommande donc que la DGOS (en lien avec le SG MASS et les ARS) fasse appliquer les dispositions prévues par l'instruction de 2011, ou les fasse évoluer en fonction du rôle qu'elle entend aujourd'hui voir jouer par ces correspondants et du positionnement institutionnel qu'elle veut leur assigner. Si le besoin de cette fonction est confirmé, ces correspondants doivent se voir confier un rôle effectif et utile pour la fluidité des relations entre le ministère et les ARS et entre les ARS et les CSO, et le ministère (DGOS et DGS, en lien avec le SG MASS) doit davantage les utiliser et s'impliquer dans leur animation, notamment à l'occasion des travaux d'élaboration des PRS.

Recommandation n°27 : Inciter à la création d'une fonction d'animation des CSO dans les régions qui en comptent plusieurs (quand ce n'est pas déjà fait) et clarifier, sur le champ de la mise en œuvre de la politique de prise en charge de l'obésité, les relations entre :

- les ARS et les CSO en matière de structuration de l'offre de soins, d'animation et de coordination territoriale des acteurs et d'information des professionnels et du public ;
- la DGOS et les ARS quant au contenu, au besoin et au rôle de la fonction actuelle de « correspondant PNNS/PO » dans les ARS.

4.4.5 En matière de ressources et de pilotage, financer les CSO à hauteur de leurs missions et des enjeux qu'ils portent, et améliorer leur pilotage

[293] La mission a montré en annexe 4 que les CSO constituent un dispositif peu visible et insuffisamment soutenu, tant au niveau national que régional, dispositif qui ne dispose pas des financements ni des moyens nécessaires pour remplir correctement ses missions principales de coordination des soins et d'animation territoriale. La mission recommande donc que la DGOS, en liaison avec la CNAMTS, réévalue fortement à la hausse les ressources, en particulier financières, accordées aujourd'hui aux CSO sur le FIR, en veillant à tracer et sécuriser les crédits correspondants dans une MIG, et à prendre en compte l'ensemble de leurs missions : coordination de la prise en charge des patients et constitution de filières, animation et coordination des acteurs incluant la médecine de ville et les associations, communication et information des professionnels et du grand public, formation continue des professionnels de santé, voire formation initiale et recherche dans les CIO....

Recommandation n°28 : Revoir à la hausse les ressources financières accordées aux CSO en veillant à prendre en compte l'ensemble des besoins de financement en lien avec leurs missions, et sécuriser ces ressources dans le cadre d'une MIG à créer (cf. reco n° 18)

[294] La mission a également montré en annexe 4 que le suivi de l'activité et des résultats des CSO connaissait d'importantes difficultés de disponibilité et de définition des données et indicateurs. Elle recommande donc à la DGOS, en lien avec le GCC CSO et l'ATIH :

- de mettre effectivement en œuvre les dispositions de l'instruction DGOS du 3 juin 2013 relative à l'observatoire national des CSO (oNCSO), ce dernier devant être mis en situation de produire chaque année les données nécessaires au suivi de l'activité et des résultats des CSO et de les diffuser, après relecture et validation par le GCC CSO, à la DGOS, aux ARS et à l'ensemble des CSO ;
- d'étudier la possibilité d'automatiser, via le PMSI, la production de certaines données déjà disponibles dans le système d'information de l'ATIH (ex : nombre de consultations médicales et chirurgicales assurées par les CSO, nombre d'interventions par technique opératoire...). Cette action nécessitera d'établir une liste précise et exhaustive des établissements constitutifs des CSO identifiés sur la base de leur numéro Finess (incluant aujourd'hui les établissements « partenaires » et à terme, si la proposition faite par la mission en matière de GCSM supra est retenue, les établissements « membres »).

[295] La mission a également décrit et démontré que si la DGOS a été désignée par le plan obésité pour piloter le déploiement et l'action des CSO, c'est le « Groupe Coordination et Concertation des CSO » (GCC CSO) qui assure aujourd'hui l'animation du réseau des CSO/CIO ainsi que l'essentiel de leur pilotage stratégique et opérationnel. Or le GCC CSO n'a pas de statut juridique et son action repose pour beaucoup sur l'engagement et le dévouement de quelques personnes et sur le soutien des deux sociétés savantes que sont l'AFERO et la SOFFCO-MM.

[296] Les CSO étant des entités appelées à se pérenniser et à se renforcer - voire à bénéficier d'un statut de GCS si la recommandation que fait la mission dans ce sens est suivie d'effet - la mission recommande de sécuriser leur tête de réseau incarnée par le GCC CSO (et leur observatoire, par l'oNCSO) dans son existence et dans son fonctionnement, ce qui suppose un cadre général partagé sur la question de son statut (association, GCS ?) et sur son rôle, à définir par la DGOS en liaison avec la DGS, le SG MASS et les deux sociétés savantes précitées.

[297] Ce cadre, qui devra également préciser les liens entre la DGOS et le GCC CSO, est à formaliser dans un document pluriannuel (convention ou contrat d'objectifs de deux - trois ans ?) faisant apparaître les attentes des services de l'Etat envers le GCC CSO en matière de coordination et d'animation des CSO/CIO (exploitation / interprétation des données produites par l'oNCSO voire pilotage de cet observatoire ? organisation de séminaire(s) annuel(s), de travaux d'étude destinés à structurer et orienter l'action des CSO/CIO, consolidation des besoins de recherche ? ...) et les engagements pris par l'Etat en termes de ressources.

Recommandation n°29 : Améliorer l'animation et le pilotage du réseau des CSO selon deux axes :

- **structurer et officialiser l'animation du réseau en pérennisant et en sécurisant l'existence et le fonctionnement du Groupe Coordination et Concertation des CSO (GCC CSO), et en précisant les attentes de l'Etat envers lui ;**
- **revoir l'organisation des remontées d'informations pour garantir la production et la consolidation annuelle des données nécessaires au pilotage de l'activité et des résultats.**

4.4.6 L'actualisation des critères de labellisation des CSO et la territorialisation de leurs missions devraient conduire à une nouvelle carte de ces centres spécialisés

[298] L'instruction DGOS de juillet 2011 prévoit qu'un dispositif d'évaluation et de renouvellement du « label » CSO/CIO est mis en place tous les trois ans, et que les centres qui ne se conformeraient pas aux conditions définies dans le cahier des charges se verraient retirer leur reconnaissance. Cinq ans après la création des CSO, l'évaluation n'a pas été faite et n'est pas programmée, et aucun « retrait de reconnaissance » n'a été prononcé. La mission recommande donc :

- que le cahier des charges des CSO établi en 2011 soit actualisé par la DGOS au cours du premier trimestre 2018 en tenant compte notamment des constats et autres recommandations du présent rapport visant à faire évoluer les critères de choix des CSO ;
- qu'un nouvel appel à candidature soit lancé par la DGOS via les ARS au printemps 2018 avec une échéance de sélection de quatre - cinq mois ;
- qu'une nouvelle carte des CSO soit arrêtée et diffusée officiellement par la DGOS à l'automne 2018 sur la base de cette sélection, carte à dimensionner notamment pour tenir compte des besoins liés à la prévalence actuelle et prévisionnelle de l'obésité ainsi qu'à un équilibre à trouver entre proximité et sécurité des soins (troisième recours).

[299] Les besoins des territoires ultra-marins et la mise en place éventuelle de CSO devront être étudiés avec une attention particulière et leur situation ainsi que leurs perspectives d'évolution revisitées au vu de leur contexte propre, en particulier de la prévalence de l'obésité dans chaque territoire, des capacités existantes en matière de prise en charge médicale et chirurgicale, et des éventuelles solutions alternatives possibles (ex : déport de l'activité dans un autre territoire proche, ou en métropole...). De façon à leur laisser un temps raisonnable pour s'organiser, des dérogations à certains critères pourraient être accordées à titre provisoire aux établissements qui ne pourraient pas les respecter immédiatement (seuil d'intervention des équipes chirurgicales, possibilité de préparer aux trois techniques...).

[300] La mission a également monté dans l'annexe 4 que l'absence de zonage territorial des CSO était source de confusion pour tous les acteurs que les CSO doivent animer et coordonner, et de tensions entre établissements de santé. Elle recommande donc que la prochaine génération de CSO métropolitains issue de l'appel à candidature qu'elle propose de lancer en 2018 soit plus clairement territorialisée s'agissant de leurs deux missions d'animation territoriale des acteurs et d'information des professionnels et du public (à l'exclusion de l'offre de soins qui doit bien évidemment rester ouverte à tous les patients indépendamment de leur lieu de résidence). Hormis le cas particulier de la région Ile-de-France dont la dominante urbaine et la densité démographique rendent sans doute peu réaliste la territorialisation de ses trois CSO, chaque CSO métropolitain retenu dans la nouvelle cartographie devra donc se voir attribuer une zone géographique de compétence précise et distincte de celle des autres CSO de la même région, définie en lien avec les ARS dans le cadre du processus d'appel à projet.

Recommandation n°30 : Actualiser le cahier des charges des CSO, lancer un nouvel appel à candidatures en vue d'en établir une nouvelle cartographie avant la fin de l'année 2018 (en tenant compte des contraintes particulières de l'Outre-mer). Les futurs CSO devront voir leur territoire clairement délimité pour l'exercice de leurs deux missions d'animation territoriale des acteurs et d'information des professionnels et du public.

[301] Enfin et à titre de conclusion sur les CSO, la mission ajoute qu'elle n'adhère pas à la récente recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)¹⁵¹ visant à transformer les CSO en « centres spécialisés de la nutrition ». A ce stade du développement des CSO et à l'aune du chemin qui leur reste à parcourir pour jouer un rôle plus marqué dans la régulation de la chirurgie bariatrique, leur demander de se réorganiser autour de la seule nutrition induirait une régression au regard de la pluralité des déterminants de l'obésité, pourtant rappelée dans le rapport du HCSP, et risquerait fort de déstabiliser le réseau des CSO.

[302] L'Etat et les ARS doivent par ailleurs réinvestir le pilotage national et régional de la prise en charge de l'obésité en général, et le suivi de la chirurgie bariatrique en particulier.

¹⁵¹ « Pour une politique nationale nutrition santé en France. PNNS 2017-2021 » - Collection Avis et rapports - Septembre 2017.

5 REPRENDRE EN MAIN LE PILOTAGE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

[303] La mission propose une reprise en main selon trois axes.

5.1 Etablir sans délai un plan d'action centré sur la prise en charge des personnes obèses concernées par la chirurgie bariatrique

[304] Le dernier outil stratégique de programmation et de pilotage national de la prise en charge de l'obésité et de l'organisation du système de soins afférente à cette maladie a été le plan obésité 2011-2013 (PO) dont la genèse, la mise en œuvre, les suites et l'évaluation sont présentées en annexe 1. Ce plan, qui a bénéficié à son lancement d'un fort portage politique, est arrivé à son terme en juin 2013 et n'a pas eu de successeur à proprement parler. Le PNNS 2011-2015, même s'il a été présenté comme destiné aussi à relayer le PO, traitait essentiellement des sujets de nutrition-santé sous le double angle de la promotion de la santé (en particulier ciblée sur la réduction des inégalités sociales en santé nutritionnelle) et de la prévention des diverses pathologies associées ; il n'a pas eu non plus de successeur immédiat mais les travaux pour lui en donner un sur la période 2017-2021 sont en cours¹⁵².

[305] Au terme de ses travaux, la mission rejoint le point de vue de la plupart des responsables qu'elle a rencontrés selon lequel le PO a donné une impulsion déterminante qui a notamment permis d'inscrire durablement la prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité dans le paysage des soins et des établissements de santé. Mais elle conclut également que la dynamique créée par le PO s'est en partie essoufflée et qu'elle a besoin d'être relancée, d'abord parce que les actions du PO n'ont pas toutes été mises en œuvre dans leur intégralité, ensuite parce qu'il convient de tirer les enseignements de ce qui a été fait pour s'adapter à un contexte qui a évolué depuis 2011 : progression de la prévalence de l'obésité et échec relatif de la prévention primaire ; progrès scientifiques dans la connaissance de l'obésité désormais reconnue comme une maladie multifactorielle ; nombre croissant des interventions chirurgicales et des établissements qui les pratiquent induisant des besoins considérables de suivi post-opératoire, et non anticipés ; importantes variations dans le recours aux trois techniques chirurgicales de base et émergence de nouvelles techniques ; prévalence différenciée de l'obésité selon les territoires non corrélée avec l'offre de soins ; fusion des régions et des ARS en parallèle des travaux d'élaboration d'une nouvelle génération de programmes régionaux de santé (PRS)...

[306] S'agissant de la mise en œuvre du PO, trois rapports produits en 2013 et en 2016 et dont les conclusions sont résumées en annexe 1, ont dressé un bilan globalement positif et fait des propositions¹⁵³. Tous les acteurs reconnaissent que le déploiement du plan est incomplet et nécessitera davantage de temps que sa durée de trois ans, et insistent sur le besoin de pérenniser le soutien aux actions mises en place¹⁵⁴. Tout récemment, le Haut Conseil de la Santé Publique

¹⁵² Cf. rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) « Pour une politique nationale nutrition santé en France. PNNS 2017-2021 » - Collection Avis et rapports - Septembre 2017.

¹⁵³ Plan obésité 2010 - 2013 - Rapport final présenté par le professeur Arnaud Basdevant - 23 mai 2013. - Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé - 2^{ème} partie : Mesures concernant la prise en charge des maladies liées à la nutrition - Professeur Arnaud Basdevant - 15 novembre 2013. - « Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010 - 2013 » - Rapport IGAS 2016-020R - juillet 2016.

¹⁵⁴ S'agissant du volet « organisation des soins », le Pr. Basdevant concluait dans son rapport de mai 2013 à «... une préoccupation majeure : la pérennité du soutien aux actions mises en place et dont la réalisation demandera du temps. »

(HCSP)¹⁵⁵ a également souligné les « *avancées majeures* » permises par le PO dans les conditions de prise en charge des personnes souffrant d'obésité, tout en pointant la nécessité d'entretenir la dynamique : « *Le plan a permis la rencontre des acteurs de l'ARS, des professionnels de santé et des associations. Néanmoins, depuis l'arrêt du plan, la pérennisation des structures mises en place et l'approfondissement des actions sont mises en difficulté* ». La mission partage ce constat et plusieurs des sujets d'inquiétude et propositions faites par le HCSP, propositions qu'elle fait siennes pour certaines dans le présent rapport, et qu'elle complète pour d'autres. Pour n'en citer que quelques-unes qui s'inscrivent de façon évidente dans le prolongement du PO, la mission souligne notamment la nécessité :

- En matière de soins (cf. § 2.2.1 et 2.2.3 du présent rapport de synthèse) :
 - d'actualiser les recommandations HAS de 2009 sur la chirurgie bariatrique de l'adulte pour les rendre plus opérationnelles et de les compléter sur le champ des ré-interventions ;
 - de rendre obligatoires les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) d'établissements et de durcir les conditions de leur tenue ;
- en matière d'offre de soins et de prise en charge :
 - de donner suite sans délais aux travaux et réflexions menés à différents niveaux (sociétés savantes et collège de médecine, groupe coordination et concertation des CSO / GCC CSO...) sur les parcours de soins et aux propositions qui ont été faites pour la prise en charge matérielle et financière des patients obèses associant les médecins de soins primaires et des équipes pluridisciplinaires de proximité, engagées dans l'éducation thérapeutique, et comportant diététiciens, psychologues, éducateurs médicosportifs et infirmiers (cf. § 21 et 3 du présent rapport de synthèse). Dans le cadre ainsi défini et dans la logique du projet OBEPEDIA pour les enfants et les adolescents atteints d'obésité sévère qui associe ville et hôpital, les personnes adultes obèses sévères ou morbide éligibles à la chirurgie bariatrique ou opérées doivent faire l'objet de modalités particulières d'accompagnement pré-opératoire et de suivi post opératoire, avec une prise en charge amont différenciée selon leur profil ;
 - de poursuivre et d'améliorer le travail de maillage territorial de l'offre de soins (filiales incluant des établissements MCO et SSR, réseaux de santé, centres spécialisés de l'obésité /CSO ...) et de coordination des acteurs entamé sous l'égide des ARS (cf. § 2.1 du présent rapport de synthèse) ;
 - de déployer dans toutes ses dimensions, de soutenir et d'animer de façon volontariste le dispositif novateur des centres spécialisés de l'obésité (CSO) (cf. § 4 du présent rapport de synthèse) ;
 - d'amplifier l'action publique sur le volet outre-mer du PO.

[307] Compte tenu de la robustesse et de l'intemporalité de la plupart des principales orientations figurant dans le PO, du grand nombre de plans nationaux de santé déjà existants, de la sortie à venir d'un nouveau PNNS, et enfin de la filiation nette qui apparaît entre le PO et les recommandations qu'elle fait, la mission ne recommande pas l'élaboration d'un nouveau plan de santé publique « obésité » mais suggère plutôt celle d'un « plan d'actions ». Ce plan d'actions à visée opérationnelle et d'application immédiate serait centré sur la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides éligibles à la chirurgie bariatrique et l'organisation amont et aval des soins afférents. Il aurait pour objectif de préciser rapidement et de décliner - techniquement et territorialement - les recommandations du présent rapport qui auront été retenues.

¹⁵⁵ « Pour une politique nationale nutrition santé en France. PNNS 2017-2021 » Collection Avis et rapports Sept 2017.

[308] Certaines de ces recommandations pourraient se retrouver « en miroir » dans le prochain PNNS. Citons à titre d'exemples les besoins de recherche fondamentale, la meilleure individualisation de l'obésité au sein des politiques publiques, « l'empowerment » des patients...

[309] S'agissant des CSO, plusieurs des recommandations de la mission formulées au § 4 ne sont destinées qu'à décliner ou à rendre effectives des mesures déjà décidées en 2011 (équipements des CSO en matériels d'exploration et d'examen, en moyens de coordination et de fonctionnement ; offre des trois techniques opératoires par les CSO ; recours à l'hôpital de jour ; développement des réseaux de santé), tandis que d'autres sont nouvelles (généralisation des RCP de recours et des réunions de morbi-mortalité ; définition des principes d'articulation CSO – PTA ; transformation des CSO en GCSM et/ou renforcement des outils de coopération inter-établissements ; inscription des engagements des établissements membres de CSO dans leur CPOM ; statut pérenne du GCC CSO...). La mise en œuvre de la plupart de ces recommandations passe par une actualisation du cahier des charges des CSO joint à l'instruction précitée, sur lequel la mission propose ensuite de s'appuyer pour lancer un nouvel appel à candidatures, actualiser la carte des CSO et territorialiser l'exercice de certaines de leurs missions. La mission propose que ce processus soit conduit avant la fin de l'année 2018, ce qui justifie un plan d'action d'application volontariste.

[310] Les modalités de gouvernance du PO et du dernier PNNS ont fait débat lors de leur mise en œuvre, et ont évolué au cours de celle-ci. L'élaboration du plan d'action que la mission propose de définir et de lancer rapidement et, comme pour le PO, sa mise en œuvre, devront être assurées dans le cadre d'une gouvernance resserrée. Contrairement à celle du futur PNNS qui devra faire une place importante à la coordination interministérielle, la gouvernance du plan d'action pourra, compte tenu de son champ centré sur les soins et leur organisation, être assurée au sein d'un comité de pilotage d'une douzaine de membres présidé par la directrice générale de l'offre de soins, et d'un comité de suivi opérationnel placé sous la présidence de son représentant désigné (adjoint à la directrice générale ou chef de service). Une fonction de direction de projet, idéalement à temps plein et placée sous l'autorité de la directrice générale de la DGOS, pourrait utilement assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'action en lien étroit avec les sous-directions et bureaux concernés de la DGOS et de la DGS, et la CNAMTS. Les deux comités seraient composés des responsables ou représentants des responsables des principaux acteurs nationaux et régionaux concernés :

- la DGS, qui a un rôle essentiel à jouer dans le lien entre soins et prévention, entre soins et sécurité sanitaire (suivi de la sinistralité associée à la chirurgie bariatrique, des événements indésirables graves...), dans la reconnaissance de l'obésité comme maladie à part entière, et dans l'articulation du plan d'action avec les autres plans de santé publique dont elle est dépositaire (ex : plan pour l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques) ;
- la HAS, qui serait notamment sollicitée pour préciser, approfondir et actualiser ses recommandations sur les différents points listés par la mission ;
- la CNAMTS qui, déjà très impliquée sur ces sujets ces dernières années, est appelée à porter certains travaux (cohortes de patients opérés / non opérés, données afférentes aux soins et au parcours...) et à financer (hôpital de jour, consultations, parcours...) une partie des évolutions proposées par la mission ;
- la DREES et l'ATIH, (voire l'INSERM et d'autres équipes de recherche) qui pourront contribuer utilement, aux côtés de la CNAMTS, à la production de données diverses sur l'obésité, son épidémiologie, sa prévalence, l'action des professionnels médicaux et paramédicaux, la chirurgie bariatrique, l'activité des CSO... ;
- le secrétariat général des ministères sociaux, notamment en sa qualité d'animateur du comité national de pilotage des ARS (CNP) et d'acteur clef de leur financement, en lien avec la DGOS (FIR et MIG) ;

- la DSS, en tant que gardienne de l'efficacité médico-économique des pistes d'évolution qui seront retenues ;
- le GCC CSO, appelé à continuer à jouer un rôle d'expertise important ainsi que d'animation du réseau des CSO ;
- deux ou trois ARS impliquées dans la prise en charge de l'obésité ;
- un représentant de la principale association nationale de personnes obèses.

[311] Afin de ne pas prendre le risque de diluer la mise en œuvre du plan d'action dans celle du futur PNNS dont la gouvernance sera nécessairement beaucoup plus large et interministérielle, la mission considère préférable de ne pas fusionner leurs comités de pilotage respectifs. Le comité de suivi du plan d'action aura vocation à être distingué de l'instance qui sera chargée de suivre la mise en œuvre du PNNS, tout au long de celle-ci.

Recommandation n°31 : Sur la base des constats et recommandations du présent rapport, élaborer rapidement et mettre en œuvre un plan d'action centré sur la chirurgie bariatrique doté d'une gouvernance participative et resserrée, et reprendre « en miroir » dans le prochain PNNS les recommandations qui le justifient. La mise en œuvre de ce plan et la situation de la chirurgie bariatrique devront être toutes deux évaluées dans 3 ans.

5.2 Mobiliser les ARS pour co-élaborer et mettre en œuvre le plan d'action, prioritairement pour actualiser les besoins de prise en charge et la carte des CSO

[312] Au-delà de l'importante rénovation du dispositif des CSO à l'occasion duquel la mission recommande de clarifier la répartition des rôles entre CSO et ARS et de mieux identifier les problématiques d'obésité dans leurs PRS, les ARS sont concernées par plusieurs des recommandations figurant dans le présent rapport, comme par exemple le cadrage et la définition des besoins de prise en charge en fonction de la prévalence de l'obésité, le développement des réseaux de santé proposant de l'ETP adaptée aux personnes éligibles à la chirurgie bariatrique ou opérées ; la place des PTA dans la prise en charge des patients obèses...

[313] Quatre ans après la fin du PO, l'ensemble des ARS va donc devoir être remobilisé, dans un premier temps et en avance de phase sur le PNNS, pour améliorer la prise en charge des personnes obèses, de façon en l'espèce plus concrète et ciblée que dans le passé puisque fondée sur le retour d'expérience et centrée sur l'obésité éligible à la chirurgie bariatrique. Dans le cadre du PO, cet objectif de mobilisation avait été porté notamment par plusieurs instructions prises sous timbre conjoint DGS et DGOS, dont celle du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS)¹⁵⁶.

[314] Il appartiendra au comité de pilotage et au comité de suivi opérationnel de définir, en lien avec le conseil national de pilotage (CNP), les modalités les plus efficaces de mobilisation des ARS sur ce premier chantier de court terme. En attendant, les ARS doivent veiller à bien prendre en compte l'obésité dans la construction de leur PRS.

Recommandation n°32 : Demander aux ARS de faire de la prise en charge de l'obésité et de la régulation du recours à la chirurgie bariatrique un axe fort de leur PRS.

¹⁵⁶ Cette instruction prévoyait déjà une mise en œuvre immédiate de l'action 4 du PO relative à l'identification des (CSO) et l'organisation des filières.

5.3 Prévoir une évaluation spécifique pour la Corse et les départements d'outre-mer, et un plan d'action dédié pour ces derniers

[315] Contrairement à ce que prévoyait l'appel à candidature à la fonction de CSO lancé en 2011 par les ARS sous pilotage DGOS, il n'a alors pas été possible, faute d'établissements répondant aux critères, de désigner un CSO en Corse ni en Guyane, et celui de Guadeloupe est aujourd'hui hors critères.

[316] Des plans particuliers ont déjà été prévus dans la dynamique et en parallèle du PO et du PNNS : le PO 2010-2013 contenait un volet outre-mer qui couvrait essentiellement les problématiques liées aux soins tandis qu'un plan complémentaire dédié aux populations d'Outre-mer avait également été lancé en parallèle pour couvrir les problématiques liées à l'alimentation, la nutrition et la prévention de l'obésité (« Programme national nutrition santé 2011-2015 - Plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'outre-mer »).

[317] Prenant acte des spécificités de l'outre-mer et de ses problématiques en matière de nutrition et de pathologies liées notamment à l'obésité, d'inégalités de santé et de différences d'un territoire à l'autre, le volet outre-mer du PO 2010-2013 contenait une mesure¹⁵⁷ propre à l'outre-mer qui visait quatre objectifs : mobiliser les partenaires de la prévention (notamment via le PNA, PNNS et le PNSE), disposer d'informations épidémiologiques affinées et spécifiques, réaliser un état des lieux de l'offre de soins, décliner le PO en l'adaptant aux spécificités de l'outre-mer. Cette mesure comporte une seule action (n°11) pilotée par la DGS (échéance 2012) en lien avec la délégation générale de l'outre-mer, qui se décompose en 4 sous-actions :

- identification des ressources médicales et non médicales pour la prévention et la prise en charge ;
- organisation de la chaîne de soins ;
- information du public selon des modalités adaptées aux DOM ;
- définition d'indicateurs spécifiques en épidémiologie en complément des informations déjà existantes.

L'instruction DGS-DGOS précitée de juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé et du plan obésité par les ARS précisait que les ARS ultramarines étaient concernées et qu'un guide méthodologique spécifique serait conçu pour accompagner la mise en œuvre de la déclinaison du PNNS et du PO dans les départements d'outre-mer. La mission n'a pas trouvé trace de l'existence de ce guide et n'a pas obtenu de réponse du ministère à la question de savoir s'il avait été produit.

[318] Comme le montrent les taux de fuite¹⁵⁸ présentés en annexe 4, la situation de l'offre outre-mer apparaît très préoccupante, surtout en Guadeloupe et en Guyane. Dans ce dernier DOM, particulièrement isolé, qui connaît une forte prévalence de l'obésité et qui n'a pas de CSO, de nombreux patients se font opérer en métropole. Selon un rapport de mars 2013 sur la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité en Guyane établi à la demande de l'ARS Guyane, aucune structure ne remplissait alors sur ce territoire l'ensemble des conditions pour devenir CSO, la Guyane ne comptant en 2012 qu'un seul chirurgien viscéral et ne disposant pas de l'environnement pluridisciplinaire nécessaire à la prise en charge des patients devant subir et ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique (endocrinologie, réanimation, diététicien, psychologue).

¹⁵⁷ Mesure n°1-8 – « Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer ».

¹⁵⁸ Le taux de fuite interrégional calculé par l'ATIH est défini par cette dernière comme étant le nombre de séjours consommés dans d'autres régions rapporté au nombre de séjours consommés par les patients de la région.

[319] Si la prévalence élevée de l'obésité et/ou les problèmes rencontrés pour y apporter une réponse satisfaisante sont le lot quasiment commun de tous les départements îliens et d'outre-mer, chaque département présente des spécificités dont la prise en compte nécessite un travail d'évaluation particulier, comme cela a été fait en Guyane et peut-être ailleurs. L'actualisation de la carte des CSO recommandée par la mission doit être l'occasion de réaliser (ou d'exploiter s'il a déjà été fait) en Corse (dont l'ARS demande la création d'un CSO), en Guyane et dans les Antilles un état des lieux de l'offre de soins, et de prendre les décisions adaptées.

Recommandation n°33 : Evaluer la mise en œuvre de la mesure n°11 du plan obésité 2011-2013 sur l'offre de soins outre-mer (en y ajoutant la Corse) ; élaborer un plan d'action en conséquence et le mettre en œuvre sous l'égide du comité de pilotage que la mission propose par ailleurs d'instituer.

Dr Julien EMMANUELLI

Vincent MAYMIL

Pierre NAVES

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
Reconnaître l'obésité comme une maladie chronique et le traduire dans les stratégies de santé et les choix de recherche				
1	Renforcer l'effort de recherche fondamentale et clinique sur l'obésité : <ul style="list-style-type: none"> • pour mieux comprendre ses mécanismes physiopathologiques et décrire les différents types d'obésités existantes ; • pour encourager la mise en place d'essais cliniques en vue d'élargir le spectre des traitements alternatifs (médicament, microbiote ...) pouvant améliorer la prise en charge médicale de l'obésité. 	2	DGOS, INSERM...	2020
2	Organiser dans le cadre des stratégies nationale et régionales de santé une réponse adaptée aux besoins de prévention et de soins liés à l'obésité modérée. Reconnaître l'obésité sévère et morbide comme une maladie chronique faisant l'objet d'une prise en charge spécifique.	1	DGOS, DGS, DSS, CNAMTS	2018-2019
Renforcer la pertinence des opérations de chirurgie bariatrique pour améliorer la qualité de vie à long terme des personnes obèses				
3	Pour mieux apprécier la pertinence, la qualité et l'efficacité clinique et fonctionnelle des prises en charge médicale et chirurgicale de l'obésité ainsi que leur efficacité, développer, dans l'attente d'un registre des opérés tel que préconisé par la HAS, des dispositifs de suivi sur le long terme des personnes opérées, adultes et jeunes (cohorte ouverte pour les jeunes) permettant des comparaisons avec des personnes obèses adultes et enfants non opérés.	2	DGOS, CNAMTS	2018-2019
4	Procéder à une approche comparée des stratégies d'accès à la chirurgie bariatrique en France et dans des pays qui ont fait le choix d'élargir ou de restreindre l'accès à la chirurgie bariatrique (balance bénéfice-risque au niveau populationnel prenant notamment en compte la morbi-mortalité évitée, le poids des complications, les pertes de chance chez les patients non opérés).	2	DGOS, CNAMTS, INSERM (expertise collective) ? DREES ?	2019
5	Soumettre la chirurgie bariatrique à un régime d'autorisation multicritère inspiré de celui de la chirurgie des cancers, en fixant un seuil minimum compris entre 50 et 100 interventions par an.	1	DGOS	immédiat
6	Procéder à une étude visant à analyser les facteurs explicatifs des disparités territoriales en matière de taux de recours à la chirurgie bariatrique en France.	2	DGOS, CNAMTS, IRDES ? DREES ?	2018-2019
7	Dans le cadre des nouveaux PRS (2018-2022) et à l'occasion de la réforme du financement des SSR, demander aux ARS de définir des parcours de santé incluant davantage les SSR dans la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides (en particulier en amont et aval de la chirurgie bariatrique).	2	DGS, ARS	2018

8	Demander à l'observatoire national des professions de santé (ONDPS) de produire une cartographie à dimension prospective des besoins et des ressources médicales et paramédicales disponibles et à mobiliser pour la prise en charge des personnes obèses et sa coordination, avec des focales sur la formation des médecins généralistes et sur l'évolution du nombre de médecins nutritionnistes.	2	ONDPS DGOS	2019
9	Rendre effective l'obligation légale de transmission de courrier du médecin traitant vers l'établissement (ou le chirurgien) dans lequel le patient se rend en vue d'une possible opération de chirurgie bariatrique en conditionnant à cette transmission le remboursement de l'opération aux praticiens, et en appliquant le tarif de « consultation longue » pour le médecin traitant.	1	DGS, HAS, CNAMTS, CNOM	2018-2019
10	Demander à la HAS de produire une recommandation spécifique sur les réinterventions (en statuant sur la pertinence de techniques voire d'établissements dédiés) et d'actualiser ses recommandations sur la chirurgie bariatrique pour améliorer la qualité et la sécurité des soins: <ul style="list-style-type: none"> • en précisant, le cas échéant, les indications ou les critères d'exclusion de chacune des trois grandes techniques (avec un focus sur l'intérêt de recourir à l'anneau et les conditions permettant d'optimiser sa maintenance et son usage) ; • en affinant, sur la base de la littérature et des observations de la mission, la manière d'explorer spécifiquement la dimension psychique des patients, en pré-opératoire comme en post-opératoire, et en analysant l'effet des troubles comportements alimentaires sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique; • en documentant la question des techniques non encore évaluées (bypass en oméga, N-sleeve...) en vue de proposer rapidement un avis sur leur pertinence ; • en affinant les conditions de prise en charge des personnes de 60 ans et plus (circuit, techniques, procédures, établissements dédiés...), et en réinterrogeant celles des femmes enceintes (ou susceptibles de l'être) ; • en évaluant la pertinence de la chirurgie métabolique pour en déduire le cas échéant des bonnes pratiques ; • en précisant les modalités de suivi général des patients opérés incluant notamment les apports nécessaires en vitamines et suppléments pour prévenir et traiter les carences, ainsi que le rôle et les modalités d'intervention du médecin généraliste. 	1	HAS	2018-2019
11	Evaluer l'impact effectif de l'instruction DGOS du 11 janvier 2016 sur le recours à la chirurgie bariatrique chez les mineurs et, en l'absence d'amélioration nette, prendre des mesures plus coercitives.	2	DGOS et CNAMTS	2019
12	Encadrer l'innovation en matière de chirurgie bariatrique en la subordonnant à la production de recherches multicentriques faisant apparaître l'intérêt de l'intervention en termes de bénéfice-risques, et conditionner le cas échéant le remboursement de telles interventions à leur validation par la HAS.	2	DGOS, HAS, CNAMTS	2019

13	Renforcer l'obligation d'organisation de RCP d'établissement par des mécanismes de conventionnement (centres spécialisés de l'obésité -CSO- via les partenariats, ARS via les CPOM) et d'accompagnement / contrôle (mise sous accord préalable), voire de coercition (retrait d'autorisation, sanctions ordinaires).	1	DGS, DGOS, CNAMTS, CNOM	2018
14	Rendre publics dès 2018 les indicateurs IPAQSS relatifs à la prise en charge chirurgicale pré-opératoire de l'obésité, établissement par établissement et de façon agrégée, afin de contribuer à l'information des patients et à l'amélioration des pratiques préopératoires.	1	HAS	2018
15	Evaluer l'efficacité clinique et médico-économique (programme hospitalier de recherche clinique, ...) des différents moyens existants d'améliorer le suivi post opératoire des patients (coordination, délégitation de tâches, télé-médecine, outils connectés...) et proposer, notamment sur cette base, d'élargir le champ des IPAQSS à ce suivi et/ou de créer de nouveaux indicateurs.	3	DGOS, HAS,	2020
Mieux accompagner les personnes obèses sévères et morbides et développer les parcours de santé				
16	Renforcer l'adhésion des patients : <ul style="list-style-type: none"> • en favorisant leur « empowerment » (promotion des patients experts et des communautés de patients contribuant activement aux prises en charge) ; • en veillant à l'effectivité de la représentation des usagers au sein des établissements ; • en étudiant l'opportunité de rembourser, en plus de ceux qui le sont déjà, certains examens et compléments utiles au suivi post-opératoire (et de faciliter la mise en place de conditionnements combinant plusieurs produits). 	2	DGOS, HAS, CNAMTS	2019
17	Engager une démarche auprès des « perdus de vue » dans une logique de prévention des risques et de pédagogie, dans deux directions : <ul style="list-style-type: none"> • mobiliser les médecins traitants et les patients actuellement perdus du vus sur l'importance du suivi après une intervention de chirurgie bariatrique; • mettre en place un dispositif de repérage des personnes obèses opérées permettant des alertes et des relances, et éviter ainsi qu'elles deviennent perdues de vue. 	1	DGS, DGOS, CNAMTS, CNOM	2018
18	Intégrer le dispositif de l'hôpital de jour (HDJ) dans le parcours de soins des personnes obèses sévères et morbides (actions de bilan, de prévention et de suivi post opératoire)	1	DGOS, CNAMTS	2018
19	Mettre en place les financements nécessaires au développement de l'ETP en matière de prise en charge de l'obésité, et étudier un nouveau modèle de financement passant par une MIG spécifique pour les établissements de santé (avec contractualisation dans les CPOM) et par le FIR hors établissements.	2	DGOS, DSS et SG MASS en liaison avec la CNAMTS	Fin 2018
20	Etendre, en l'adaptant aux consultations en ville des psychologues et diététiciens intervenants dans la prise en charge de l'obésité sévère/morbide, le dispositif de remboursement des consultations de psychologues prévu en LFSS 2017 pour les jeunes.	2	DGS et DSS en liaison avec la CNAMTS	Fin 2018

Renforcer le dispositif des centres spécialisés de l'obésité (CSO)				
21	Allouer aux CSO les moyens humains et matériels qui leur font aujourd'hui défaut pour respecter les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, en particulier en matière : <ul style="list-style-type: none"> • d'accès aux moyens d'exploration spécialisés et d'examens, et aux équipements spécifiques ; • de recours aux programmes d'éducation thérapeutique • de prise en charge chirurgicale selon des modalités offrant aux patients le choix entre les trois principales techniques ; • d'accompagnement préopératoire et de suivi post opératoire de long terme. 	2	DGOS, DSS et SG MASS en liaison avec la CNAMTS	Fin 2018
22	Suspendre dans les centres spécialisés de l'obésité les contrôles sur les facturations des hôpitaux de jour jusqu'au choix d'une nouvelle modalité de financement pour l'ensemble des établissements concernés (cf. reco n°18).	1	DGOS, CNAMTS	1 ^{er} semestre 2018
23	Sous l'égide de la DGOS et en lien avec le GCC CSO, définir et formaliser un cadre pour l'organisation des « RCP de recours/revue de morbi-mortalité » au sein des CSO ; intégrer la participation régulière des praticiens à ces réunions au processus d'autorisation à exercer la chirurgie bariatrique, et mettre en place le cas échéant les financements adaptés au statut des parties prenantes.	2	DGOS en lien avec GCC CSO	2 ^{ème} semestre 2018
24	Reconnaître, qualifier, dimensionner et valoriser la fonction de coordination de CSO, et sécuriser la situation des agents concernés.	2	DGOS en lien avec GCC CSO	2 ^{ème} semestre 2018
25	Définir et poser au niveau national les principes d'une bonne articulation, pour la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides, des missions de coordination que les textes confient aujourd'hui à la fois aux CSO, aux plateformes territoriales d'appui et aux réseaux de santé (ainsi qu'aux établissements de santé non CSO accueillant des personnes obèses).	2	DGOS et SG MASS	Fin 2018
26	Afin de leur permettre de disposer d'une organisation adaptée à leurs missions, constituer effectivement la prochaine génération de CSO en GCS de moyens. En attendant, et à droit constant : <ul style="list-style-type: none"> • désigner un « établissement de rattachement administratif » au sein de chaque CSO pour assurer l'hébergement et le soutien administratif, technique et financier de ce dernier ; • prévoir et financer sur une mission d'intérêt général (MIG) spécifique une fonction de « coordination de CSO » pour que les emplois des personnels correspondants soient imputés dans les comptes de « l'établissement de rattachement administratif »; • renforcer l'opposabilité des actuelles conventions entre établissements de santé constitutifs d'un CSO en prévoyant que celles-ci sont systématiquement co-signées par l'ARS, et que leur contenu est retranscrit dans les CPOM qui lient les ARS aux établissements concernés. 	« GCS » : 2, dans le cadre du nouvel appel à candidature Dans l'attente: 1	DGOS et SG MASS Idem	Fin 2018 Immédiat
27	Inciter à la création d'une fonction d'animation des CSO dans les régions qui en comptent plusieurs (quand pas déjà fait) et clarifier, sur le champ de la mise en œuvre de la politique de prise en charge de l'obésité, les relations entre : <ul style="list-style-type: none"> • les ARS et les CSO en matière de structuration de l'offre de soins, d'animation et de coordination territoriale des acteurs et 	2	DGOS et SG MASS	Fin 2018

	d'information des professionnels et du public ; • la DGOS et les ARS quant au contenu, au besoin et au rôle de la fonction actuelle de « correspondant PNNS/PO » dans les ARS.			
28	Revoir à la hausse les ressources financières accordées aux CSO en veillant à prendre en compte l'ensemble des besoins de financement en lien avec leurs missions, et sécuriser ces ressources dans le cadre d'une MIG à créer (cf. reco n° 18)	2	DGOS, DSS et SG MASS en lien avec la CNAMTS	Fin 2018
29	Améliorer l'animation et le pilotage du réseau des CSO selon deux axes : • structurer et officialiser l'animation du réseau en pérennisant et en sécurisant l'existence et le fonctionnement du Groupe Coordination et Concertation des CSO (GCC CSO), et en précisant les attentes de l'Etat envers lui ; • revoir l'organisation des remontées d'informations pour garantir la production et la consolidation annuelle des données nécessaires au pilotage de l'activité et des résultats.	2	DGOS, DSS et SG MASS en lien avec la CNAMTS	Fin 2018
30	Actualiser le cahier des charges des CSO, lancer un nouvel appel à candidatures en vue d'en établir une nouvelle cartographie avant la fin de l'année 2018 (en tenant compte des contraintes particulières de l'Outre-mer). Les futurs CSO devront voir leur territoire clairement délimité pour l'exercice de leurs deux missions d'animation territoriale des acteurs et d'information des professionnels et du public.	2	DGOS, DGS et SG MASS en liaison avec la DSS et la CNAMTS	Cahier des charges : 1 ^{er} sem. 2018 Appel à candidature : été 2018 Décision : fin 2018
Formaliser et conduire un plan d'action pour la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides				
31	Sur la base des constats et recommandations du présent rapport, élaborer rapidement et mettre en œuvre un plan d'action centré sur la chirurgie bariatrique doté d'une gouvernance participative et resserrée, et reprendre « en miroir » dans le prochain PNNS les recommandations qui le justifient. La mise en œuvre de ce plan et la situation de la chirurgie bariatrique devront être toutes deux évaluées dans 3 ans.	1	DGOS, DGS et SG MASS en liaison avec la DSS et la CNAMTS	Plan d'action : 1 ^{er} trimestre 2018 Evaluation : 2021
32	Demander aux ARS de faire de la prise en charge de l'obésité et de la régulation du recours à la chirurgie bariatrique un axe fort de leur PRS.	1	DGOS et SG MASS	Immédiat
33	Evaluer la mise en œuvre de la mesure n°11 du plan obésité 2011-2013 sur l'offre de soins outre-mer (en y ajoutant la Corse) ; élaborer un plan d'action en conséquence et le mettre en œuvre sous l'égide du comité de pilotage que la mission propose par ailleurs d'instituer.	1	DGOS, DGS et SG MASS	1 ^{er} semestre 2018

SIGLE ET ABREVIATIONS

AFERO	association française
ALD	Affection de longue durée
APA	Activité physique adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CDC	Centers for disease control and prevention
CDI ou CDD	contrat à durée indéterminée ou déterminée
CMU-c	couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAO	Collectif national des associations d'obèses
CNP	Conseil national de pilotage
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPPS	Communautés professionnelles territoriales de santé
CS	Centres de santé
CSO	Centre spécialisé de l'obésité
CIO	Centre intégré de l'obésité
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DOM	département d'outre-mer
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EIGS	Événements indésirables graves associés à des soins
EP	Etablissements publics
EPHAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPL	Etablissements privés lucratifs
EPNL	Etablissements privés non lucratifs
ETP	Education thérapeutique du patient
FCVD	Fédération de la chirurgie viscérale et digestive
FIR	Fonds régional d'intervention
GCC CSO	Groupe de Coordination et de Concertation des CSO
GCS	Groupement de coopération sanitaire

GCSM	Groupement de coopération sanitaire de moyens
GHM	Groupes homogènes de malades
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HDJ	Hospitalisation de jour
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut National du Cancer
IPAQSS	Indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecin, Chirurgie, Obstétrique
MIG	Mission d'intérêt général
MPS	Maisons ou les pôles de santé
MSAP	Mise sous accord préalable
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
oNCSO	Observatoire national des CSO
ONDAM	Objectif national des dépenses de santé
ONDPS	Observatoire national des professions de santé
ONIAM	Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales
PAPRAPAS	Plans d'action pluriannuels régionaux de la pertinence des soins
PHRC	Projet hospitalier de recherche clinique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNNS	Programme national nutrition santé
PNSE	Plan national santé environnement
PO	Plan obésité
PRS	Programmes régionaux de soins
PTA	Plateformes territoriales d'appui
RCP	Réunions de concertation pluridisciplinaire
RePPOP	Réseaux de santé pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité (pédiatrique),

RMM	Revue de morbidité et de mortalité
SG MASS	secrétariat général du ministère des affaires sociales et de la santé
SNDS	Système national des données de santé
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie
SOFFCO-MM	Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques
SRAE	Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Nutrition
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité soins de longue durée

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

1 ADMINISTRATIONS CENTRALES DU MINISTERE DE LA SANTE

1.1 DGS

- **Pr Benoît Valet**, directeur général
- **Céline Perruchon**, sous directrice « produits de santé, qualité des pratiques et des soins
- **Laurence Caté**, adjointe à la sous directrice
- **Magali Naviner**, chef du bureau « alimentation et nutrition » (EA3) au sein de la sous-direction de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation
- **Marie Séval**, conseillère Information en Santé
- **Dr Michel Chauliac**, en charge du suivi du PNNS
- **Jean-Yves Lacoste**, bureau qualité des pratiques et des recherches bio-médicales
- **Pierre Buttet**, bureau santé population
- **Julie Bouscayou**, bureau santé population
- **Dr Bruno Alain**, bureau santé population

1.2 DGOS

1.2.1 Sous-direction de la régulation de l'offre de soins :

- **Samuel Pratmarty** (sous-directeur), **Julie Biga** (adjointe au sous-directeur),
- Bureau « Synthèse organisationnelle et financière (R1) : **Céline Faye** (chef de bureau) ; **Marion Fages** (tarification SSR et MCO), **Isabelle Petit**, **Stéphanie Pierret**
- Bureau « Plateaux techniques et prises en charges hospitalière aigües » (R3) : **Deborah Cvetojevic** (cheffe de bureau),
- Bureau « Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale » (R4) : **Thierry Kurth** (chef de bureau), **Leïlla Hassibi** et **Mathieu Grégoire**,
- Bureau « évaluation, modèles et méthodes » (R5) : **Vincent Haller** (chef de bureau prenant), **Erwan Samyn** (chef de bureau quittant), **Dr. Martine Guidt** (cancérologue, pneumologue, en charge du dossier Pertinence des soins.

1.2.2 Sous-direction des ressources humaines du système de santé

- **Eric Simon**, adjoint au sous-directeur ;
- **Sophie Terquem**, bureau Démographie et formations initiales (RH1)
- **Pascal Pfister**, bureau Exercice, déontologie et développement professionnel continu (RH2),
- **Odile Brisquet**, Cheffe du bureau Ressources humaines hospitalières (RH4)

1.3 DRESS

- **Renaud Legal**, chef du bureau Etat de santé de la population
- **Engin Yilmaz**, adjoint au chef du bureau
- **Dr Philippe Oberlin**, chirurgien au sein de ce bureau

1.4 DSS

- **Arthur Stril**, chef bureau « établissements de santé et établissements médico-sociaux (1A)

1.5 SGMASS

- **Elisabeth Fery-Lemonnier**, en charge des parcours.

2 IGAS

- **Dr Dominique Voynet et Félix Faucon**, rapporteurs de la mission d'évaluation du programme national nutrition - santé 2011 - 2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010 - 2013 (juillet 2016)
- **Pierre Lesteven** (missionnaire IGAS en Guyane)

3 HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

- **Dominique Maigne**, directeur général ;
- **Dr Catherine Grenier**, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS)
- **Dr Marie-Hélène Rodde-Dunier**, cheffe du service « évaluation de la pertinence et amélioration des pratiques et parcours
- **Dr Michel Laurence**, chef du service des bonnes pratiques professionnelles ;
- **Dr Laetitia May**, cheffe du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » et de la mission « Sécurité du patient », au sein de la DAQSS.

4 SANTE PUBLIQUE FRANCE

- **Dr François Bourdillon**, directeur général
- **Dr Pierre Arwidson**, adjoint à la direction de la prévention et de la promotion de la santé, chargé du pôle scientifique.

5 ASSOCIATION NATIONALE DE PATIENTS

- **Anne-Sophie Joly**, présidente du Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO),
- **Florence Fauconnier**, secrétaire générale du CNAO,
- **Christian Valentie**, chargé de projet

6 CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (CNAMTS)

- **Dr Annie Fouard**, responsable du département de l'hospitalisation au sein de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS)
- **Emmanuelle Galan**, département des actes médicaux et prestations de la DDGOS
- **Dr Anne Fagot-Campagna**, diabétologue, responsable du département d'études sur les pathologies et les patients
- **Cristelle Gastaldi-Ménager**, département études sur les pathologies et des patients
- **Dr Ayden Tajahmady**, adjoint au directeur de la direction des statistiques

7 AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

- **Dr Max Bensadon**, directeur adjoint
- **Dr Joëlle Dubois**, cheffe du service « classifications, information médicale et modèles de financement »
- **Dr Anne Bataillard**, chef de projet, pôle MCO / HAD
- **Florence Pinelli**, responsable du pôle « suivi ONDAM hospitalier » et du service « financement et analyse économique »
- **Françoise Bourgoïn**, responsable service demande externe

8 SOCIETES SAVANTES, ORDRES ET COLLEGES PROFESSIONNELS, EXPERTS, RECHERCHE...

8.1 Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

- **Pr Robert Nicodème**, Président de la section Formation et Compétences Médicales
- **Pr Bernard Guerrier**, Vice-Président de la section Formation et Compétences Médicales
- **Pr Serge Uzan**, Membre de la section Formation et Compétences Médicales,
- **Dr François Arnault**, délégué général aux relations internes et membre de la section « Exercice Professionnel »
- **Coraline Jorieux** : Juriste

8.2 Chirurgiens

- **Pr Jean Gugenheim**, Président de la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive (FCVD), chef du Service de Chirurgie Digestive et du Centre de Transplantation Hépatique du C.H.U. de Nice - Hôpital de l'Archet
- **Dr Jerome Dargent**, président de la Société Française et Francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques (SOFFCO-MM), praticien à la polyclinique Lyon-Nord (Rillieux-la-Pape)

- **Pr François Pattou**, chef de service chirurgie viscérale et endocrinienne au CHRU et CSO de Lille et son équipe du CHU de Lille : **Dr Hélène Verkindt** (PH, médecin nutritionniste), **Dr Annie Delcourt**, coordinatrice CSO Nord-pas-de-Calais et **Juliette Skorupinski** (infirmière, cadre de santé)

8.3 Médecins nutritionnistes

- **Pr Arnaud Basdevant**, nutritionniste, ancien président du plan obésité
- **Pr Serge Herberg**, nutritionniste, ancien président du PNNS
- **Pr Sébastien Czernichow**, chef du service de nutrition à l'Hôpital Européen Georges-Pompidou GP et du centre spécialisé de l'obésité (CSO) Paris-Sud

8.4 Groupe de coordination des centres spécialisés de l'obésité (GCC-CSO)

- **Pr Olivier Ziegler**, endocrinologue, responsable du GCC CSO, PU-PH au CHU de Nancy
- **Thibaut Batisse**, secrétaire national du GCC CSO

8.5 Collège de médecine générale et académie de médecine

- **Pr Attali** (collège de la médecine générale) et **Mme Priollaud** (académie de médecine).

8.6 Fédération nationale des infirmiers (FNI)

- **Philippe Tisserand**, président de la FNI,
- **Daniel Guillerm**, vice-président délégué

8.7 Autres

- **Pr Karine Clément**, CSO/CIO APHP Zone centre (Pitié-Salpêtrière), directeur de l'Institut de Cardio-métabolisme et Nutrition (ICAN)
- **Dr Marie Zins**, responsable scientifique et technique de la cohorte Constances
- **Pr. Christian Pradier**, PU-PH, chef du département de santé publique du CHU de Nice, en charge de la maîtrise d'œuvre du projet de registre SOFFCO
- **Pr Isabelle Durand-Zaleski**, directrice de l'URC éco
- **Dr Jean-pierre Giordanella**, ancien secrétaire général du plan Obésité

9 FEDERATIONS ET GROUPE D'ETABLISSEMENTS

9.1 Fédération hospitalière de France (FHF)

- **David Gruson**, délégué général
- **Dr Nathalie Chhun**, Directrice de projet innovation en Santé thérapeutique et numérique
- **Alexandre Mokede**, chargé des questions sanitaires
- **Dr Sandra Gomez**, chef de projet médico-économique

9.2 Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP)

- **Sécolène Benhamou**, présidente de la Fédération de l'hospitalisation privée / MCO, et **Thierry Bechu**, délégué général
- **Dr. Frédéric Sanguinol**, vice-président de la FHP/SSR

9.3 Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés (FEHAP)

- **Dr Antoine Perrin**, délégué général
- **David Causse**, coordonnateur du pôle santé / social
- **Marion Deguille**, chargée d'étude financière

9.4 Groupe ELSAN

- **Patrick Olivier**, directeur prospective et RSE
- **Mickael Munier**, chargé du développement médical

10 REGION ILE-DE-FRANCE

10.1 ARS Ile-de-France

- **Dr Brigitte Homsy-Hubert**, département des établissements de santé de la Direction de l'Offre de Soins, Référent thématique Chirurgie

10.2 La Pitié Salpêtrière

- **Dr Yves Edel**, responsable de l'équipe de liaison et de soins addictologiques (ELSA)
- **Pr Jean-Michel Oppert**, chef du service nutrition au sein de l'institut d'Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Médecine Interne
- **Dr Judith Aaron**, praticien hospitalier en nutrition dans le service du Pr Oppert
- **Dr Podevin**, hématologue-addictologue, spécialiste en soins complexes et de sevrage
- **MH Dezaille**, psychologue clinicienne en chirurgie digestive

11 REGION GRAND-EST

11.1 ARS Grand-Est

11.1.1 Santé publique – Offre de soins

- **Dr Sylvie Fontanel**, direction de la qualité et de la performance, référente pertinence et analyse des données de santé
- **Sandra Ruau**, direction de la santé publique (nutrition et ETP)

- **Dr Eliane Piquet**, pilote du PRS
- **Sarah Hauser**, direction de la qualité et de la performance
- **Dr Laurence Eckman**, direction des soins de proximité
- **Isabelle Baumann**, direction des soins de proximité

11.1.2 Observatoire régional des professions de santé

- **Sabine Rigon**, directrice du département ressources humaines en santé
- **Michel Riat**, responsable service internat

11.2 Assurance maladie

- **Dr Dominique Noel**, direction régionale de la gestion du risque de l'assurance maladie
- **Dr Dominique François**, médecin conseil de l'assurance maladie, cheffe d'un échelon régional du service médical (ERSM)
- **Dr Dominique Seyer**, médecin conseil de l'assurance maladie, responsable du pôle contrôle contentieux / ambulatoire d'un échelon local du service médical (ELSM)

11.3 CHRU de Nancy / Brabois – Vandoeuvre / Unité multidisciplinaire de la chirurgie de l'obésité (UMCO)

- **Pr Laurent Brunaud**, chirurgien endocrinien
- **Pr Didier Quilliot**, nutritionniste, gastro-entérologue
- **Dr Pierrette Witkowski**, psychiatre
- **Pr Olivier Ziegler**, PUPH, endocrinologue, responsable du CSO et GCC CSO
- **Dr Philippe Böhme**, PH (diabétologie, maladies métaboliques, nutrition) et animateur du Réseau Lorraine Diabète Maladies Métaboliques et Nutrition (LORDIAMN)

11.4 Polyclinique Gentilly (Groupe Elsan)

- **Dr Anthony Rouers**, chirurgien
- **Mr. Plages**, directeur

11.5 Réseau de Santé Metz Arrondissement (RSMA)

- **Sandra Starck**, coordinatrice administrative du réseau
- **Blandine Sutter**, infirmière

12 REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES

12.1 ARS

- **Dr Jean-Yves Grall**, directeur général
- **Dr Corinne Rieffel**, directrice adjointe de l'offre de soins

- **Dr Pierre Ménard**, responsable du pôle parcours de soins
- **Mme Angélique Grange**, responsable du service premier recours
- **Dr Jean-Louis Cotart**, référent PNNS/PO
- **Mme Yvonne Baudouin**, référente SSR
- **Dr Odile Souquet**, médecin référent régional sur la thématique médecine.

12.2 Assurance maladie

- **Dr Françoise Chauvins**, médecin conseil à la DRSM
- **Chantal Lembakoali-Barthel**, sous directrice responsable mission de la coordination de la gestion du risque (GDR) pour la région Auvergne-Rhône-Alpes

12.3 CSO-CIO des HCL

- **Pr Martine Laville**, PUPH de nutrition, responsable du CSO/CIO
- **Pr Emmanuel Disse**, PUPH d'endocrinologie, coordonnateur de la RCP d'établissement et de recours.
- **Sarah Burdet**, coordinatrice du CSO

12.4 CSO de Clermont Ferrand (CALORIS)

- **Pr Yves Boirie** responsable service nutrition, président de CALORIS
- **Dr Magalie Miolanne**, médecin nutritionniste / endocrinologue, coordinatrice médicale du CSO
- **Dr Karem Slim**, chirurgien au CHU de Clermont Ferrand

12.5 CSO - Clinique de la Sauvegarde (groupe Capio)

- **Dr Vincent Frering**, chirurgien digestif
- **Dr Marie-Cécile Blanchet**, chirurgien digestif
- **Marine Chassy**, secrétariat du CSO

12.6 SSR les Lilas Bleus (groupe Korian)

- **Zoubida Cohard**, directrice SSR Les Lilas bleus
- **Maureen Ameil**, directrice adjointe
- **Dr. Geneviève Grandjean**, médecin nutritionniste
- **Dr. Chantal Ethevenaux**, médecin nutritionniste
- **Dr. Murièle Schneider**, Médecin coordonnateur activité physique - réadaptation
- **Aurélié Lacroix**, cadre de santé, coordinatrice des soins.

13 REGION MIDI-PYRENEES-LANGUEDOC-ROUSSILLON

13.1 ARS

- **Monique Cavalier**, Directrice générale
- **Dr Jean-jacques Morfoisse**, directeur général-adjoint
- **Dr Philippe Vagner** et **Dr Daniel Apode**, de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie
- **Catherine Choma** et **Eric Régnaut**, de la direction de la santé publique

13.2 Réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (REPPOP)

- **Pr Maïté Taubert**, professeur de pédiatrie et spécialisée en endocrinologie, présidente du réseau
- **Mme Despi**, coordinatrice du réseau.

13.3 Association Khrysalide 31

- **Mme Laetitia Marillier-Dujardin**, présidente, et **Mme Emilie-Sabine Constans**, secrétaire

13.4 Clinique du château du Vernhes

- **Dr Frédéric Sanguignol**, directeur, président de la société d'éducation thérapeutique d'Occitanie
- **Dr Jean-Philippe Comet**, président de la CME
- **Francine Gaston-Carrere**, directrice adjointe.
- **Fanny Ribière**, cadre de santé, responsable de l'unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP)

13.5 Clinique des Cèdres (château d'Alliez – Cornebarrieu), du Groupe Capio

- **Yildiray Kucukoglu**, directeur
- **Dr Yves Anduze-Acher**, chirurgien digestif
- **Dr Anne Baud-Anduze**, médecin coordonnateur du CSO
- **Dr Hubert Boudrie**, médecin nutritionniste
- **Dr Valérie Garnault**, médecin DIM

13.6 CHU de Toulouse / unité de nutrition (et CSO/CIO)

- **Pr Patrick Ritz**, PU-PH unité de nutrition du CHU de Toulouse
- **Dr Ana Estrade**, PU, endocrinologue, diabétologue, nutritionniste et coordinatrice médicale du CSO/CIO
- **Pr Hélène Hanaire**, PU-PH endocrinologue, chef pole cardiologie maladies métaboliques

- **Dr Naël Chalret du Rieu**, PH
- **Dr Emilie Montastier**, MCU-PH, endocrinologue.

13.7 4ème journée régionale Obésité du CSO Languedoc Roussillon

- **Pr Antoine Avignon**, PU-PH, Département : Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition du CHU de Montpellier, co-responsable du CSO Languedoc-Roussillon
- **Pr David Nocca**, chirurgien digestif au CHU de Montpellier, co-responsable du CSO Languedoc-Roussillon
- **Pr Eric Renard** PU-PH, Département : Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition du CHU de Montpellier, co-responsable du CSO Languedoc-Roussillon
- **Marine Vidal**, coordinatrice régionale du CSO Languedoc-Roussillon
- **Mme Annick Contiero**, association Poids et partage
- **Dr Claire Jeandel**, pédiatre, spécialisée en obésité de l'enfant
- **Sabrina Cheuvart** - Diététicienne à Saint-Chely d'Apcher (Lozère); intervenante dans la maison de santé pluri-professionnelle
- **Aurélié Ledoux** Diététicienne à Mur de Barrez (Aveyron) ; intervenante dans la maison de santé pluri-professionnelle
- **Marie Collignon**, masseur-kinésithérapeute,
- **Claire Morana**, docteur en sciences du mouvement humain
- **Jean-Pierre Lacoulonche**, association se REapproprier Une Nouvelle Image de Soi (RE.U.N.I.S)

La mission a également rencontré des patients à l'occasion de ses déplacements dans certains établissements cités.

