



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 refusées 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, télémedecine, 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 relatif	53
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 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 répondants 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.

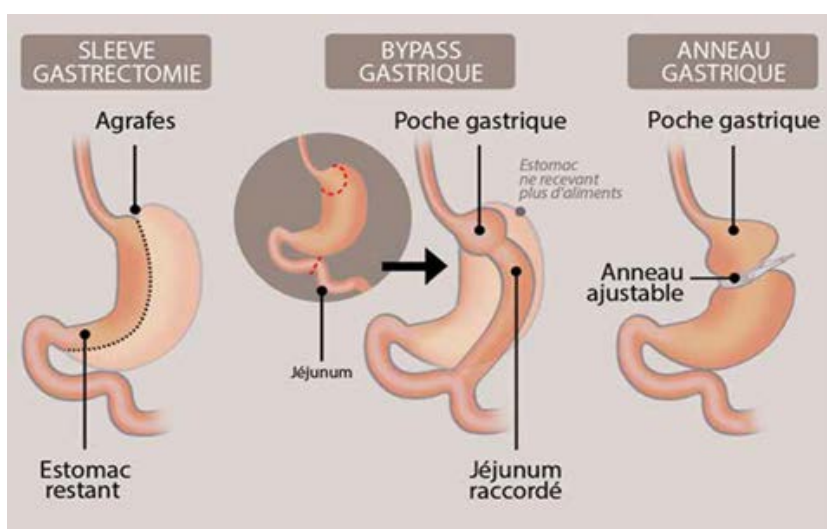
²² Un modèle du genre est celui qui existe au royaume uni (The United Kingdom National Bariatric Surgery Registry) qui permet une lisibilité et une transparence de l'offre chirurgicale au Royaume-Uni (cf. annexe 6).

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 absorptive 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 by-pass). 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.

³⁶ Le 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, béribéri, 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).

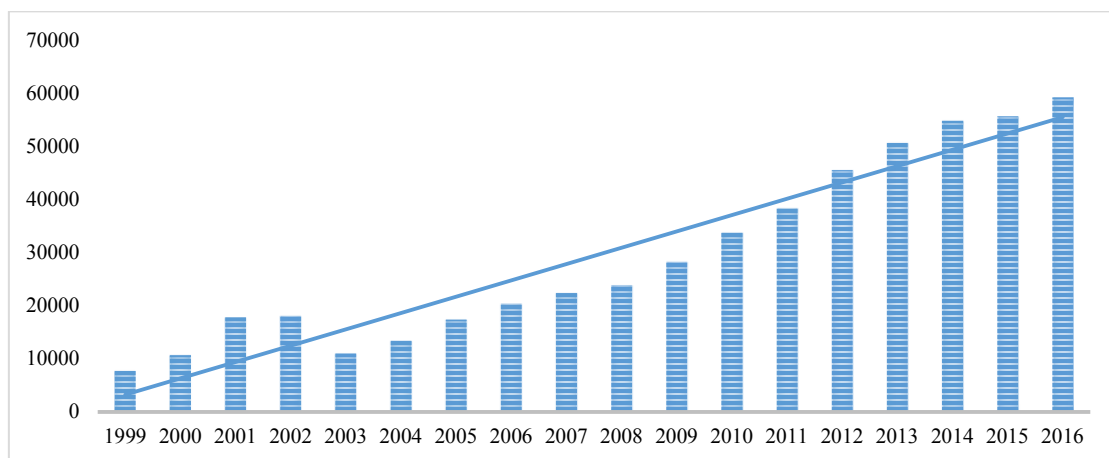
⁴¹ Suicidal Ideation and Behaviors among Adolescents Receiving Bariatric Surgery: A Case-Control Study J. McPhee, E K Freidl, J Eicher, J L. Zitsman, M J. Devlin, T Hildebrand and R Sysko, Eur Eat Disord Rev. 2015 Nov; 23(6): 517-523.

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

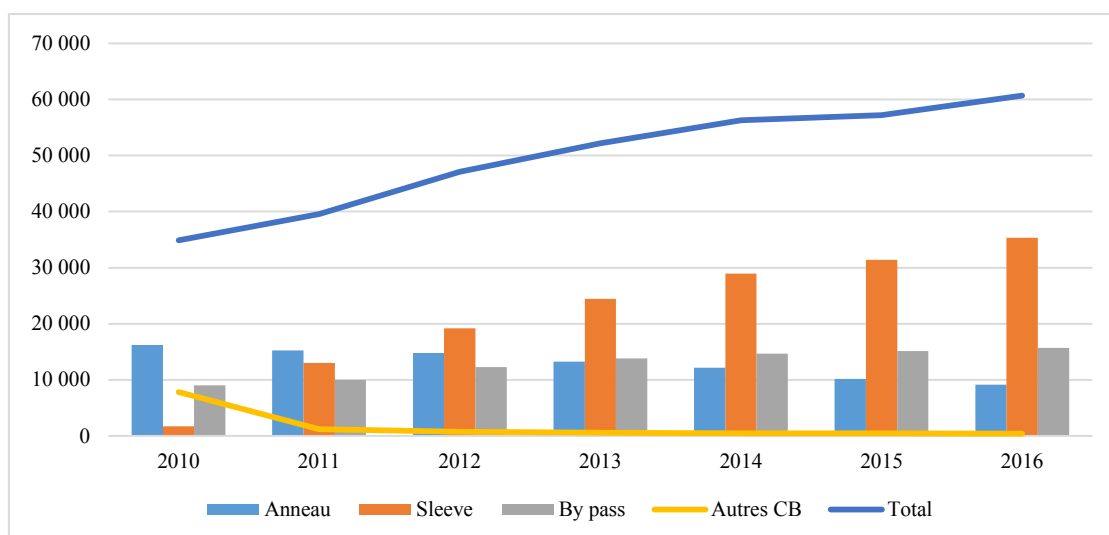


Source : mission d'après DREES

[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.

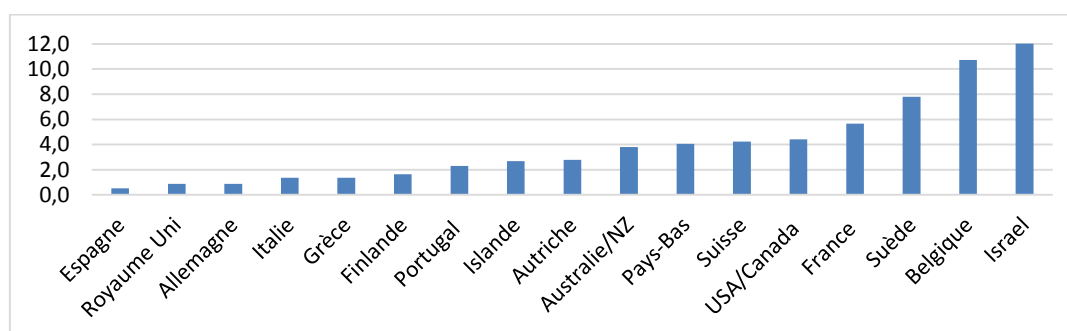
[113] Les parts des 60 ans et plus, et des IMC > 50 sont en hausse sur la période de référence. La CNAMTS relève pour sa part un taux de personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) de 17 %, au-dessus des taux en population générale (10 %), et une augmentation de 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 bénéfice 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 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)

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 qualité 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.

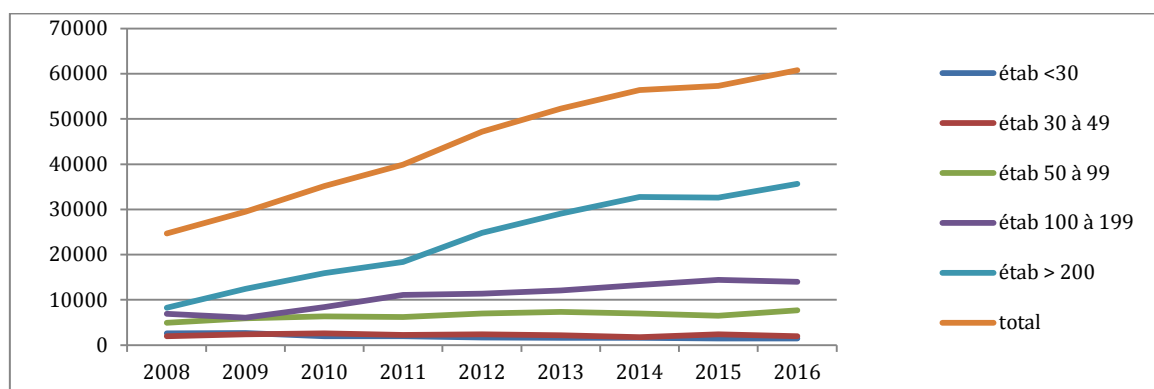
[125] D'après l'étude précitée des données PMSI faite par l'Académie de chirurgie (cf. § 1.2.3 ci-dessus), le faible nombre d'interventions de chirurgie bariatrique serait un facteur de risque, la mortalité étant deux fois supérieure pour les établissements dans lesquels sont réalisées moins de 25 interventions 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

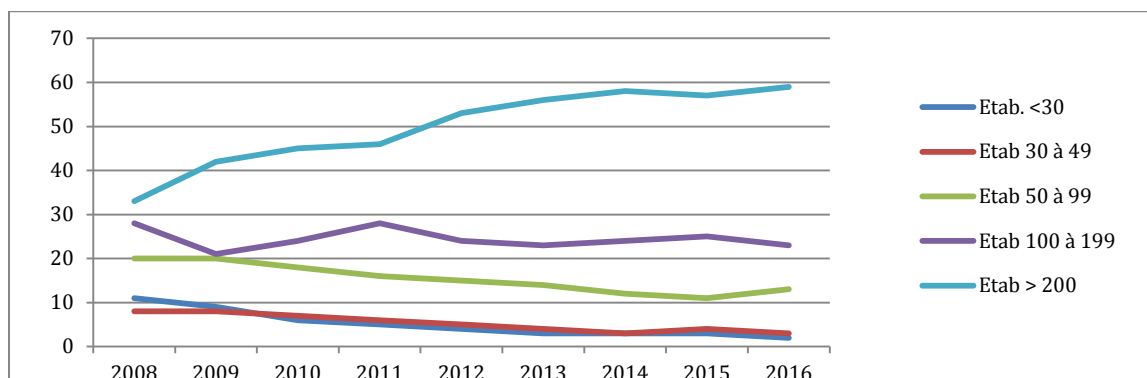


Source : Mission d'après ATIH

[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).

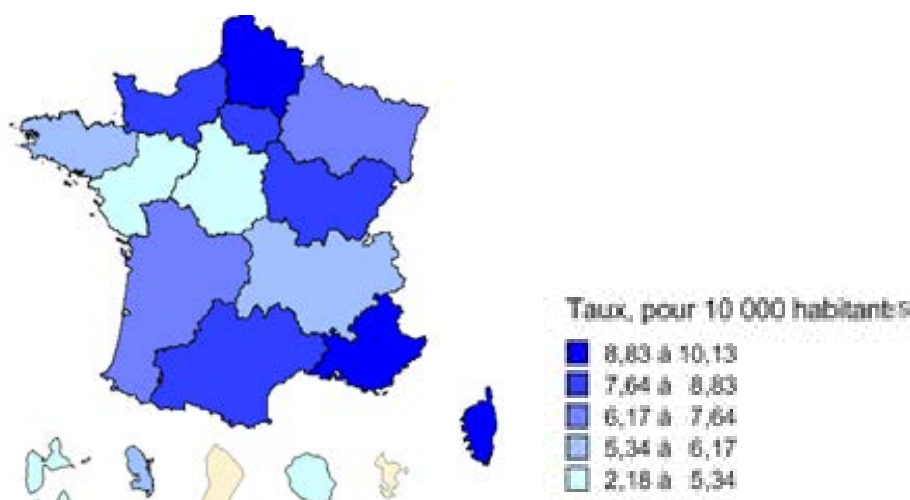
[138] Ainsi, au niveau régional, les écarts entre les taux de recours standardisés⁵⁹ produits par la CNAMTS en 2015 sont très nets (voir schéma ci-dessous et annexe 3 ; § 1.1.3).

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, Verboix 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	24 512	29 107	25 112	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 bénéfice 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 apparaît 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 ordinales).

[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, télémedecine, 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

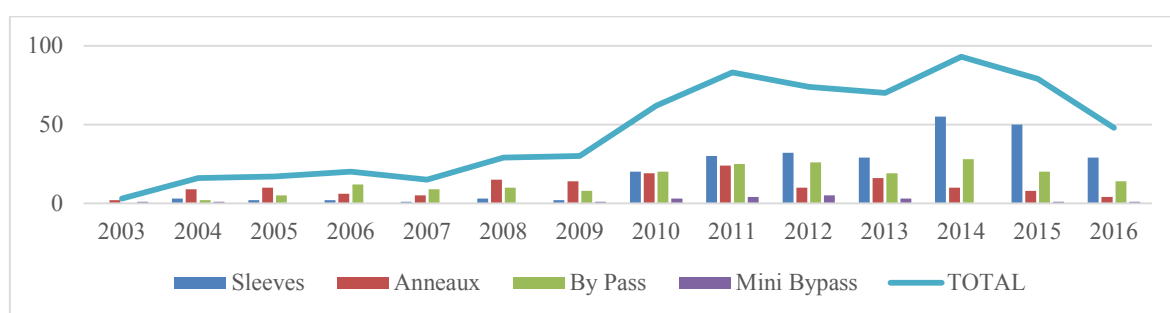
[191] Outre l'évolution des IPAQSS et la diminution de la mortalité signalées plus haut, les données de l'ATIH suggèrent une diminution des complications péri-opératoires graves, le nombre de séjour en réanimation faisant suite à une chirurgie bariatrique ayant été divisé par deux entre 2008 et 2016 (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

	Tarifs GHM en € (en violet, le plus haut tarif de la colonne)							
	10C131		10C132		10C133		10C134	
Années	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. annexe5 ; 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 diplômes 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

STAPS (diplôme en sciences et techniques des activités physiques et sportives), spécialité « activité physique adaptée (APA) et santé »	10 000 <i>Pas de manque de professionnel dans la situation actuelle</i>	La spécialité « APA et santé » des formations STAPS prépare à intervenir auprès de personnes souffrant de déficiences notamment motrices, physiologiques ou métaboliques	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
Psychologue clinicien	40 000 <i>nombre de psychologues diplômés et en capacité d'acquérir ces compétences complémentaires est suffisant</i>	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	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

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
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 ...)	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)	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). Le facteur limitant le développement d'actions d'ETP est leur financement dans l'enveloppe contrainte du FIR gérée par l'ARS
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	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	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 ... La formation initiale diplômante peut utilement être complétée par une DU (ou DIU) ; mais très peu ont été organisées. A ce manque de professionnels compétents, s'ajoute un faible nombre de postes effectivement financés pour remplir cette mission

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 ❷ 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 ;

❹ 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 ;

❺ 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 ❶			
Les professionnels nécessaires ; certains peuvent coordonner	Ces 4 types de professionnels ont (ou non) un exercice coordonné ❷			
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 ❸			
Centre de santé ; Maison ou pôle de santé				
Réseau de santé				
Plateforme territoriale d'appui (PTA)				
Service « de chirurgie » intégrant (ou non) d'autres professionnels :				
Un Service « de chirurgie* » (sans pôle médical nutrition en son sein)	Quelle pratique de la pluridisciplinarité dans le service où la chirurgie bariatrique est pratiquée ❹			
avec professionnel de santé proche du chirurgien				
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 »)	❺			
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

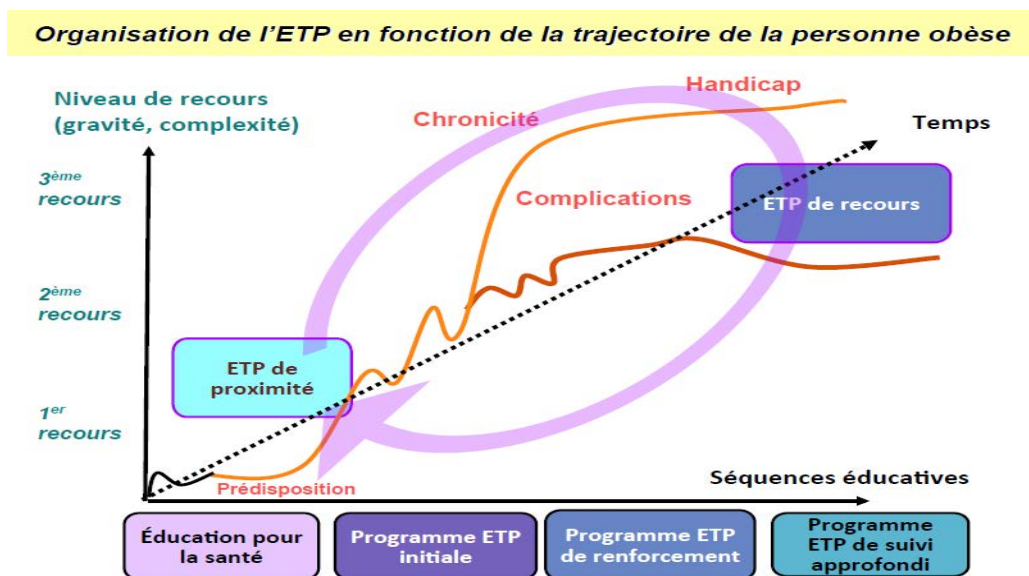
[240] Alors que pour les personnes atteintes par un diabète de type 2, l'ETP est reconnue officiellement dès la fin des années 1990 comme une voie thérapeutique majeure, il faut attendre¹¹⁶ pour la prise en charge des personnes obèses le rapport commandé par la DGOS et la DGS et daté du 4 octobre 2014¹¹⁷ : « *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 me 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 décédées 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 à »)

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 RePPOP (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, hépato-gastroentérologie) 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-complicquée ») 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-complicées, 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 caractéristiques 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 GCSCM 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 : • 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 : • 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 ordinales).	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, 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.	3	DGOS, HAS,	2020
Mieux accompagner les personnes obèses sévères et morbides et développer les parcours de santé				
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).	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 : • mobiliser les médecins traitants et les patients actuellement perdus du vu 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 : • 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 : • 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 : • 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
PAPRAPs	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 SGMAS

- **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 Hercberg**, 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)

- **Ségolène 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 Capiro)

- **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 Régnaud**, 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
- **Sabrine Cheuvart** - Diététicienne à Saint-Chely d'Apcher (Lozère) ; intervenante dans la maison de santé pluri-professionnelle
- **Aurélie 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.



Inspection générale
des affaires sociales

Situation de la chirurgie de l'obésité

ANNEXES TOME II

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 -

SOMMAIRE

ANNEXE 1 LE PLAN OBESITE 2010 – 2013 ET SES SUITES	5
ANNEXE 2 PLACE DE LA CB DANS LA PROBLEMATIQUE GENERALE DE L'OBESITE ; PERTINENCE, QUALITE DES INTERVENTIONS ET SECURITE DES SOINS	27
ANNEXE 3 L'OFFRE DE SOINS AUX PERSONNES OBESES : LA CHIRURGIE BARIATRIQUE PARM D'AUTRES TYPES D'INTERVENTION	79
ANNEXE 4 LES CENTRES SPECIALISES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE (CSO)	151
ANNEXE 5 LE FINANCEMENT DES SOINS AUX PERSONNES OBESES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	215
ANNEXE 6 OBESITE ET RECHERCHE	233
ANNEXE 7 SYNTHSE DES REPONSES DES ARS.....	285

ANNEXE 1

LE PLAN OBESITE 2010 – 2013

ET SES SUITES

1	PRESENTATION DU PLAN OBESITE 2010 – 2013 (PO).....	7
1.1	Un plan qui a bénéficié d'un fort portage politique initial et qui n'a pas eu de successeur	7
1.2	Un plan dont la dimension « soins » est prédominante.....	9
1.3	Un plan mobilisant plusieurs ministères et dont les 15 mesures liées aux soins étaient pilotées par le ministère de la santé et ses opérateurs.	12
1.4	Un plan qui comportait une action propre à l'outre-mer centrée sur la problématique des soins, complété par un plan spécifique aux populations d'Outre-mer centré sur la prévention.....	13
1.4.1	Le volet outre-mer du PO 2010-2013 couvrait essentiellement les problématiques liées aux soins	13
1.4.2	Le plan spécifique en direction des populations d'Outre-mer couvrait essentiellement les problématiques liées à l'alimentation, la nutrition et la prévention de l'obésité.....	14
2	LES EVALUATIONS DU PO ET DES MESURES DU PNNS LIEES A LA PRISE EN CHARGE ET SOINS.....	15
2.1	Alors que le premier bilan des actions du PO insiste sur la nécessité de les pérenniser, le PNNS, censé prendre le relais du PO à partir de 2013, faisait peu de place à la prise en charge médicale de l'obésité.....	15
2.1.1	Selon le bilan établi par son président en mai 2013, les deux tiers des actions du PO avaient alors été réalisées et l'enjeu était donc de les pérenniser.....	15
2.1.2	Le PNNS 2011 - 2015 fait peu de place à la prise en charge médicale de l'obésité et aux soins, pour lesquels il renvoie au PO	18
2.2	En novembre 2013, un nouveau rapport propose des mesures destinées à prolonger le PNNS et le PO sous gouvernance commune	19
2.3	En juillet 2016, l'IGAS dresse un bilan du PNNS et du PO qui est positif pour ce dernier, et souligne que la montée en charge de l'organisation des soins n'a pas été accompagnée d'un effort suffisant de prévention.....	20
2.3.1	L'évaluation du PNNS souligne la focalisation de ce plan sur la prévention sur laquelle d'importantes difficultés sont pointées	20
2.3.2	... tandis que l'évaluation du PO, positive sur le volet de la prise en charge médicale, regrette cependant que cette dernière affaiblisse la prévention	21

[1] Si la mission n'avait pas pour mandat d'évaluer le plan obésité (PO) arrivé à son terme quatre ans plus tôt, il lui est rapidement apparu que son importance et l'impulsion qu'il a donnée en matière de prise en charge de l'obésité, notamment chirurgicale, justifiaient une présentation et une étude de ce plan. Compte tenu du sujet qu'il lui a été demandé d'étudier - la chirurgie bariatrique - la mission a essentiellement centré son analyse sur les aspects du plan présentant des liens avec cette dernière. Enfin, elle s'est essentiellement basée sur des éléments d'analyse et extraits issus de trois rapports produits sur ce plan.

1 PRESENTATION DU PLAN OBESITE 2010 – 2013 (PO)

[2] La loi du 9 août 2004 étant essentiellement orientée vers les déterminants de santé et la prévention, notamment des maladies chroniques (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...) et de l'obésité abordée surtout sous l'angle de la nutrition et des activités physiques, le PO peut être considéré comme le point de départ et de formalisation d'une stratégie de prise en charge de l'obésité et de soins liés à cette maladie.

Encadré 1 : Objectifs stratégiques du plan obésité 2010-2013

Le plan obésité réunit en un ensemble coordonné, une série de mesures et d'actions articulées autour de quatre axes :

- Axe 1 : optimiser l'organisation d'une offre de soins plus accessible et plus lisible pour les patients et les professionnels.
- Axe 2 : mobiliser les partenaires de la prévention en étroite relation avec le PNNS 3, le programme national pour l'alimentation (PNA) et le programme éducation santé (PES).
- Axe 3 : prendre en compte les situations de vulnérabilité et de discrimination.
- Axe 4 : développer un ambitieux programme de recherche notamment par la création d'une fondation scientifique (AVIESAN) chargée de développer les projets avec les partenaires publics et privés.

1.1 Un plan qui a bénéficié d'un fort portage politique initial et qui n'a pas eu de successeur

[3] Le Plan Obésité 2010 – 2013 (PO) a résulté des conclusions de la commission ad hoc « *Prévention et prise en charge de l'obésité* », présidée par Madame Anne de Danne, chargée de présenter des propositions pour un plan d'action (décembre 2009). Cette commission, qui a mobilisé largement les acteurs institutionnels, académiques et économiques ainsi que les associations de personnes obèses, a conclu à la nécessité d'engager une politique globale de prévention, d'amélioration des soins et de recherche afin d'enrayer la progression de la maladie et de faire face à ses conséquences médicales.

[4] Annoncé par le président de la République le 21 mai 2010, pour une durée de trois ans (juin 2010 / juin 2013) puis présenté en Conseil des ministres du 20 juillet 2011 en même temps que le PNNS, le PO était placé sous la présidence du Professeur Arnaud Basdevant dans le cadre d'une gouvernance à l'origine interministérielle¹. Dans un but de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, un lien était formellement prévu avec la politique de la ville, à la fois pour

¹ Mobilisant notamment les ministères chargés de la santé, des sports, de l'alimentation et de l'agriculture, de la recherche et de l'enseignement supérieur, de l'éducation, de la consommation, de la jeunesse, de la cohésion sociale et des aînés.

assurer la déclinaison coordonnée du PO et du programme national nutrition santé (PNNS)² sur ses territoires et pour mobiliser les contrats locaux de santé des ARS. Le financement du PO reposait sur des redéploiements de crédits existants.

[5] Afin d'assurer la convergence et l'efficacité des politiques définies, le PO devait, dans le cadre d'une « *collaboration intersectorielle mobilisant de nombreux services de l'État, tant au niveau national que régional* », s'articuler non seulement avec le programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015) mais également avec le programme national pour l'alimentation (PNA), le plan national alimentation insertion (PAI) et le programme éducation santé (PES).

Encadré 2 : Objectifs et principes du PNNS 2011-2015

Le PNNS traite de la nutrition-santé de façon globale sous l'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 aborde plus spécifiquement la question de la dénutrition. Les objectifs nutritionnels précis et chiffrés du PNNS 2011-2015 sont ceux retenus par le Haut Conseil de la santé publique sur la base de l'évaluation réalisée en 2009-2010. Il est mis en œuvre autour de quatre axes et un volet transversal (45 mesures et 129 actions) :

- Axe 1 : réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention.
- Axe 2 : développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité.
- Axe 3 : organiser le dépistage et la prise en charge du patient en nutrition. Diminuer la prévalence de la dénutrition.
- Axe 4 : valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes.

Volet transversal « Formation, surveillance, évaluation et recherche » :

- contribuer à l'orientation de la formation en nutrition et santé publique ;
- maintenir les outils nationaux de surveillance nutritionnelle et créer les outils nouveaux indispensables par la mise en œuvre d'études en population ;
- clarifier les enjeux, les intérêts, les besoins, les méthodes d'évaluation.

[6] Au sein du ministère de la santé, un lien était également prévu avec les autres programmes de santé publique comme le plan cancer, le plan pour l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan santé des jeunes ou le plan national santé environnement (PNSE).

[7] La coordination entre le PO et le PNNS était assurée par une mission ad hoc PO/PNNS créée par le Ministre de la santé, rattachée à la DGS et dont le secrétariat général avait été confié au Dr. Jean-Pierre Giordanella. Un comité de suivi et un comité de pilotage, communs au PO et au PNNS, étaient animés par la DGS.

² Le code de la santé publique (art. L3231-1) prévoit l'élaboration d'un programme relatif à la nutrition et à la santé tous les cinq ans.

[8] Arrivé à son terme en juin 2013, le PO n'a pas eu de successeur, ce qui s'expliquerait, aux yeux de certains des interlocuteurs de la mission, par le fait qu'il a donné l'impulsion permettant d'inscrire durablement la prise en charge de l'obésité parmi les politiques de soins des établissements de santé. Le PO a par la suite donné lieu à trois rapports :

- un rapport sur l'état de réalisation final du plan remis par son président, A. Basdevant, le 23 mai 2013³ ;
- un rapport de novembre 2013 élaboré aussi par A. Basdevant et destiné, en réponse à une commande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, à « *donner un nouvel élan au PNNS* » 2011-2015, alors à mi-parcours, et au plan obésité⁴ ;
- un rapport IGAS d'évaluation du PNNS et du PO, de juillet 2016⁵.

1.2 Un plan dont la dimension « soins » est prédominante

[9] Le PO recouvrait quatre dimensions de la lutte contre l'obésité - soins, prévention, lutte contre les discriminations et recherche - la dimension soins représentant le plus grand nombre d'actions. Il comporte en effet 4 axes, 23 mesures et 36 actions (liste détaillée en appendice 1) dont :

- 15 actions centrées sur la prise en charge médicale de l'obésité et sur l'offre de soins liée à cette maladie⁶ ;
- 10 actions centrées sur la prévention⁷ dont 3⁸ qui renvoient à 23 autres actions déjà prévues par le PNA, le PNNS et le PES ;
- 7 actions centrées sur la recherche et l'action internationale⁹ ;
- 4 actions centrées sur la lutte contre les discriminations¹⁰.

[10] Les 15 actions centrées sur les soins portaient sur des thèmes variés : prise en charge de 1er recours et à l'hôpital, dépistage systématique, identification des centres spécialisés et intégrés pour l'obésité sévère (CSO) et organisation de la filière de soins, organisation de l'aval, éducation thérapeutique, diagnostic des besoins de prise en charge et coordination territoriale, organisation de réseaux et du transport des personnes obèses, pertinence des pratiques de chirurgie bariatrique et lutte contre les prescriptions hors indications, information sur l'offre des professionnels et du grand public, offre de soin pour les cas d'obésité associée à des maladies rares et à un handicap mental.

³ Plan obésité 2010 – 2013 – Rapport final présenté par le professeur Arnaud Basdevant – 23 mai 2013.

⁴ 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.

⁵ « Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010 – 2013 » - Rapport IGAS 2016-020R - juillet 2016.

⁶ Actions n°1 à 14 + action n°25 (identification des unités d'accueil en SSR pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares), en caractères gras dans l'annexe 1. Dans le plan proprement dit comme dans le bilan établi par le Pr. A. Basdevant en mai 2013, l'action 25 est rattachée à l'axe « lutter contre les discriminations dans le système de soins ».

⁷ Actions n°15 à 24.

⁸ Action n°15 : PNA (7 sous-actions) - mesure n° 2.1 ; action n°16 : PNNS (15 sous-actions) - mesure n°2.2 ; action n°17 : PES – mesure n°2.3.

⁹ Actions n° 30 à 36.

¹⁰ Actions n° 26 à 29 (si l'on considère que l'action 25 relève plutôt de l'organisation des soins).

[11] En juillet 2011, la DGS et la DGOS ont diffusé une instruction¹¹ conjointe relative à la mise en œuvre du PNNS et du PO par les agences régionales de santé (ARS) dans laquelle elle rappelait le rôle clés des ARS pour la mise en œuvre régionale de ces deux programme / plan, prévoyait la mise en œuvre immédiate de l'action 4 du PO relative à l'identification des centres pour la prise en charge des patients atteints d'obésité (CSO) ainsi que l'organisation des filières, et annonçait la mise à disposition de guides méthodologiques et de référentiels pour faciliter la mise en œuvre locale des actions.

Encadré 3 : Rôle des ARS dans la mise en œuvre du PO

Les ARS devaient désigner des correspondants PNNS/PO (pour l'animation, la coordination, la déclinaison de ces 2 programme / plan), développer des partenariats (école, entreprise, collectivités territoriales et associations, notamment dans le domaine du sport), et mettre en œuvre les actions du PNNS et du PO en région. Pour le PO, les 5 actions visées concernaient le volet offre de soins :

- Appel à projet national pour structurer l'offre spécialisée aux niveaux régional et infrarégional en identifiant des centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère (CSO) et pour organiser la filière de soins en région (action 4) ;
- Assurer le transport sanitaire bariatrique nécessaire à la prise en charge de patients obèses en toutes circonstances et dans des conditions ergonomiques et sécurisées et sur la base d'un référentiel technique, organisationnel et médico-économique national ;
- Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité sur la base d'un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique ;
- Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité sur la base d'un cahier des charges national destiné à établir un diagnostic territorial des besoins et à structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité puis le déploiement des réseaux et de la coordination des soins ;
- Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation en désignant un SSR par région équipé pour recevoir les patients obèses sévères en lien avec le ou les centres spécialisés de la région, sur la base d'un référentiel professionnel des indications justifiant une prise en charge de l'obésité sévère et/ou compliquée en SSR et les conditions permettant cette prise en charge de façon appropriée, ainsi que de conventions types centre spécialisé - SSR. Cette mesure devait être financée en 2011 par 3 M€ inscrits au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

[12] A cette instruction de juillet 2011 était annexé un document déclinant l'action n°4 du PO qui prévoyait la création :

- de centres spécialisés (CSO)¹² pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée (37 au total, soit 1 à 4 par région en fonction de la démographie), auxquels deux missions principales étaient confiées, dans un cadre visant la qualité et la sécurité des soins :

¹¹ Instruction DGS/EA3/DGOS no 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).

¹² Selon l'instruction, l'organisation du CSO peut s'envisager soit au sein d'un seul établissement, soit par coopération, établie par convention entre plusieurs établissements. Elle peut par exemple reposer sur un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens pour mettre en commun les moyens et constituer des équipes communes.

- prendre en charge l'obésité sévère et promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire intégrée¹³ (médicale, psychologique et sociale ; hospitalisation de jour, de courte durée et à temps plein ; chirurgie bariatrique¹⁴) et personnalisée, ainsi que l'adaptation des équipements¹⁵ aux personnes présentant une corpulence importante ;
- organiser et animer une filière de soins dans chaque région, filière destinée à « *optimiser les organisations, faciliter la diffusion des compétences au sein des territoires de santé, promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels* » et les associations de patients (réunions d'information sur la chirurgie bariatrique, mise en place d'un recueil du consentement aux soins chirurgicaux...).
- La filière doit notamment viser à coordonner des travaux permettant, au sein des CSO, de formaliser des procédures de prise en charge entre les différentes unités du centre conformes aux recommandations de la HAS et d'organiser la traçabilité des indications opératoires, visant à renforcer l'intégration territoriale du CSO avec la médecine de ville, les réseaux (notamment de prise en charge des enfants et/ou des adultes) et les établissements de santé, à favoriser la coordination entre CSO ;
- de centres intégrés (CIO ; entre 3 et 5 au niveau national) qui sont des centres spécialisés chargés :
 - des prises en charge spécialisées et rares, en lien avec une structure pédiatrique : maladies rares, syndromes génétiques, obésités syndromiques, situations médico-chirurgicales complexes (ex : chirurgie bariatrique chez le candidat à une greffe, à une chirurgie cardiaque), et accès aux expertises correspondantes (ex : unité de génétique) ainsi qu'à une offre d'explorations très spécialisées (IRM et scanner adaptés, angiographie et gamma caméra) ;
 - de développer une politique d'enseignement universitaire en rapport avec l'obésité, de formation et de recherche thérapeutique sur les procédures de traitement médical et chirurgical.

[13] S'agissant de la prise en charge des enfants et adolescents, l'instruction précise que toute structure de pédiatrie doit être en mesure d'accueillir et de traiter l'obésité commune et que les services qui ont développé une « hyperspécialité » dans la prise en charge des obésités sévères de l'enfant (dont obésités syndromiques et génétiques) sont appelés à développer des partenariats formalisés avec les CSO ou les centres intégrés adultes pour partager les expertises et les outils de diagnostic (en particulier en génétique) et pour faciliter la transition vers la prise en charge adulte. L'instruction rappelle à cet égard que « *la chirurgie bariatrique reste une indication exceptionnelle chez l'adolescent, requérant une expertise spécifique. Pour des raisons d'expertise et de conditions techniques (disponibilité du matériel, corpulence des patients, expertise chirurgicale et anesthésique), cette chirurgie d'exception devrait être concentrée dans quelques sites experts au niveau national* », aussi bien des CSO que des centres intégrés dont la reconnaissance est faite au seul niveau national.

¹³ L'activité en médecine de l'obésité (IMC > 35 multicompliquée) par établissement de santé et par site composant le centre de référence doit être d'au moins 300 consultations/an.

¹⁴ L'activité annuelle de l'équipe chirurgicale doit atteindre au moins le seuil de 30 interventions/an.

¹⁵ Les besoins en équipements sont décrits dans le rapport intitulé « Plan d'actions : obésité établissements de soins » établi par la DGOS.

[14] Le volet « soins » du plan obésité était présenté, fin avril 2017, sur le site du ministère de la santé, dans les termes suivants : *« Le volet offre de soins du plan obésité, piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a pour ambition d'être structurant dans la prise en charge des personnes obèses, y compris les cas les plus graves, et doit permettre non seulement de faire face à ses conséquences médicales mais également, d'enrayer la progression de la maladie et de réduire l'exclusion sociale et la stigmatisation professionnelle dont elles sont victimes.*

Sous l'égide des ARS, cet objectif passe avant tout par l'organisation des filières de soins, des coordinations territoriales, et par l'adaptation des équipements dans un but d'accessibilité, de lisibilité et de gradation des soins incluant à sa juste place, le médecin traitant, le spécialiste libéral ou non, les établissements de santé, qu'ils assurent une activité médicale, chirurgicale, ou de soins de suite et de réadaptation.

Le rôle de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique du patient sont singulièrement mis en avant pour décloisonner les parcours et permettre aux patients de devenir acteurs de leur propre santé.

Si la création des centres spécialisés peut être considérée comme la mesure la plus structurante pour l'offre de soins, elle s'appuie sur d'autres mesures qui en sont une déclinaison dans des champs spécifiques, notamment pour les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation, et pour l'organisation du transport bariatrique ».

1.3 Un plan mobilisant plusieurs ministères et dont les 15 mesures liées aux soins étaient pilotées par le ministère de la santé et ses opérateurs.

[15] Pour chacune des actions inscrites au PO étaient prévus un pilote et la liste des autres acteurs concernés, des échéances de mise en œuvre et un ou plusieurs indicateur(s) destinés à évaluer la réalisation de l'action.

[16] Avec 8 actions sur 36 relevant de six ministères autres que celui de la santé, la mise en œuvre du PO faisait une place significative à l'interministériel. Les autres actions prévues au plan (28/36) étaient de la compétence du ministère de la santé, leur pilotage étant confié à la DGS (13 actions incluant celle afférente au PNNS), à la DGOS (7 actions) et à quatre opérateurs nationaux relevant du ministère : CNAMTS (3 actions), INPES (2 actions), AVISEAN (2 actions), HAS (1 action). Au sein des 28 actions de la compétence du ministère de la santé, le pilotage des 15 actions plus spécifiquement en lien avec les soins étaient confié à la DGOS (6 actions), à la DGS (5), à la CNAMTS (3) et à la HAS (1).

Tableau 1 : Nombre, nature et pilotage des actions du PO

Pilote	Nb. d'actions concernées sur l'ensemble du PO	... dont actions portant sur la prise en charge médicale de l'obésité et offre de soins	... dont action portant spécifiquement sur la chirurgie bariatrique
DGS	12	5	0
DGOS	7	6	0
CNAMTS	3	3	1
Min. Santé (PNNS)	1 (15 sous-actions)	0	0
HAS	1	1	0
INPES	2	0	0
AVIESAN	2	0	0
<i>Sous total Min. Santé et opérateurs</i>	<i>28</i>	<i>15</i>	<i>1</i>
Min. Agriculture (PNA)	1 (7 sous-actions)	0	0
Min. Education nat. (PES)	1	0	0
Min. Recherche	4	0	0
Ministère Culture	1	0	0
Min. Finances (DGCCRF)	1	0	0
Total	36	15	1

Source : Mission, à partir du texte du PO

1.4 Un plan qui comportait une action propre à l'outre-mer centrée sur la problématique des soins, complété par un plan spécifique aux populations d'Outre-mer centré sur la prévention

[17] Le PO a été complété par un plan spécifique à l'outre-mer couvrant essentiellement les problématiques liées à l'alimentation, la nutrition et la prévention de l'obésité.

1.4.1 Le volet outre-mer du PO 2010-2013 couvrait essentiellement les problématiques liées aux soins

[18] 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 PO contenait une mesure¹⁶ propre à l'outre-mer qui visait 4 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.

[19] Cette mesure comporte une seule action (n°11) pilotée par la DGS (échéance 2012) en lien avec la délégation générale de l'outre-mer, que l'on peut décomposer 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 ;

¹⁶ Mesure n°1-8 – « Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer ».

- information du public selon des modalités adaptées aux DOM ;
- définition d'indicateurs spécifiques en épidémiologie en complément des informations déjà existantes.

[20] L'instruction DGS-DGOS précitée de 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) 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.

1.4.2 Le plan spécifique en direction des populations d'Outre-mer couvrait essentiellement les problématiques liées à l'alimentation, la nutrition et la prévention de l'obésité.

[21] Parallèlement au PO a été élaboré et lancé le « Programme national nutrition santé 2011-2015 - Plan obésité 2010-2013 en direction des populations d'outre-mer ». Ce plan comporte :

- des dispositions communes à l'ensemble des départements d'outre-mer, selon 3 axes et 11 actions¹⁷ orientées essentiellement vers l'alimentation et la prévention. Une seule action (n°9) traite directement des soins : « Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'obésité et des maladies associées (diabète, HTA...) » ; elle comporte 5 sous-actions de même nature que celles du PO (dont aucune ne porte directement sur la chirurgie bariatrique)¹⁸ ;
- des mesures et actions spécifiques à chaque territoire, majoritairement orientées vers l'alimentation et la prévention, quelques unes liées aux soins mais sans qu'il soit fait nulle part mention de la chirurgie bariatrique :
 - Guadeloupe : 4 actions, aucune liée aux soins ;
 - Guyane : 5 actions, dont une traite partiellement de soins (n°21)¹⁹ ;
 - Martinique : 4 actions, aucune liée aux soins ;
 - Mayotte : 3 actions, dont une traite de dépistage (n°28)²⁰ ;
 - La Réunion : 5 actions, aucune liée aux soins.

¹⁷ L'axe 1 « Améliorer l'offre alimentaire et favoriser la pratique de l'activité physique » comporte 4 actions orientées vers la prévention – l'axe 2 « Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel et améliorer le dépistage, la prise en charge de l'obésité et des pathologies associées (diabète, HTA...) » comporte 2 actions - L'axe 3 : « Adapter la communication et renforcer l'éducation nutritionnelle » comporte 2 actions.

¹⁸ 9.1/ prise en compte des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) pour développer un dépistage précoce du risque d'obésité chez le jeune enfant et sa prise en charge dans le système de soins (cf. Actions 1 et 2 du PO) - 9.2/ renforcement de la diffusion du guide PNNS « nutrition pendant et après la grossesse » auprès des professionnels de santé, notamment pendant les visites prénatales, afin d'augmenter la sensibilisation des femmes enceintes sur la prise de poids pendant la grossesse - 9.3/ création de filières de prise en charge de l'obésité, articulée autour des centres spécialisés (cf. Action 4 du PO) - 9.4/ mise en place de conventions de collaboration avec les centres spécialisés identifiés en métropole (en lien avec l'Action 4 du PO) - 9.5/ création de cartographie de parcours de soin en lien avec l'ARS via le portail « obésité » qui sera créé sur le site internet des ARS (cf. Action 11 du PO).

¹⁹ Action 21 / Renforcer la surveillance de l'état nutritionnel de la population par : 21.1/ l'étude d'une procédure d'enregistrement de l'IMC à partir des certificats des visites obligatoires pour connaître l'incidence annuelle de l'obésité de l'enfant, ainsi que l'amélioration de la prise en charge (via les réseaux) - ... - 21.3/ la mise en place d'un réseau d'acteurs « Obésité-Risques vasculaires ».

²⁰ Action 28.1 / Mise en place du dépistage systématique par la mesure de l'IMC pour tous les enfants dans tous les dispensaires, PMI et en milieu ambulatoire avec une attention particulière aux états de malnutrition et leur prise en charge.

2 LES EVALUATIONS DU PO ET DES MESURES DU PNNS LIEES A LA PRISE EN CHARGE ET SOINS

[22] Le PO a donné lieu aux trois rapports d'analyse précités sur lesquels sont fondés les éléments du présent chapitre.

2.1 Alors que le premier bilan des actions du PO insiste sur la nécessité de les pérenniser, le PNNS, censé prendre le relais du PO à partir de 2013, faisait peu de place à la prise en charge médicale de l'obésité

2.1.1 Selon le bilan établi par son président en mai 2013, les deux tiers des actions du PO avaient alors été réalisées et l'enjeu était donc de les pérenniser

[23] Le rapport sur l'état de réalisation final du plan, établi en mai 2013 par son président, dresse un bilan globalement positif de la mise en œuvre du PO. S'agissant des 15 actions que la mission a considérées comme étant liées aux soins, le taux de réalisation est supérieur à deux tiers.

Tableau 2 : Degré de réalisation des 15 actions « soins » du PO selon le rapport du Pr. Basdevant

Action	Pilote / échéances	Degré de réalisation ²¹
1. Publication et diffusion de recommandations de bonne pratique clinique pour la prise en charge médicale de 1er recours du surpoids et de l'obésité (enfants et adolescents + adultes)	HAS / 2011	R ²²
2. Conception et diffusion de fiches pratiques à destination des médecins généralistes et des pédiatres	DGS/2013	R
3. Étude des mesures contractuelles susceptibles d'améliorer la prise en charge adaptée de 1er recours, et négociation conventionnelle afférente	CNAMTS / 2012 -2013	N
4. Identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions	(DGOS / 2011 à 2013)	R ²³ (avec alerte sur caractère critique du suivi à assurer)
5. Systématisation du dépistage chez les enfants et organisation de l'aval avec suivi et résultats de l'action auprès des médecins traitants + prévention conventionnelle par la CNAMTS.	CNAMTS / 2011 -2012	R

²¹ Appréciation utilisée par la mission à la lecture du rapport de bilan du Pr. Basdevant : N = action non réalisée, R = action réalisée, P = action partiellement réalisée.

²² La HAS a produit de nombreuses recommandations et études entre 2009 et 2016 sur la prise en charge de l'obésité, accessibles en ligne sur le site de la HAS : Dossier d'information - Questions / réponses - Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte - Brochure patients (janvier 2009) ; Recommandation de bonne pratique - Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte (janvier 2009) - Label - Indications de la chirurgie digestive et endocrinienne pratiquée en ambulatoire chez l'adulte (mai 2010) - Recommandation Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours Méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (septembre 2011) - Recommandation de bonne pratique - Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) (septembre 2011) - Évaluation des technologies de santé - Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient en chirurgie ambulatoire- mai 2014 - Résultats nationaux campagne 2015 (données 2014) - Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte (OBE) - Fiche mémo Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans (janvier 2016).

²³ Action mise en œuvre par l'instruction N° DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité.

6. Développement de l'éducation thérapeutique : équipes et évaluation (ARS), référentiel de compétences (INPES)	DGS / 2012 – 2013	P
7. A partir des objectifs du cahier des charges des réseaux de prise en charge, établissement par les ARS d'un diagnostic territorial des besoins pour structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité	DGOS / 2012	P
8. Structuration du déploiement des réseaux et de la coordination des soins pour la prise en charge de l'obésité par les ARS, en utilisant l'expertise et le savoir faire des réseaux existants	DGOS / 2013	N
9. Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée à des prises en charge adaptées en SSR : élaboration d'un référentiel professionnel par les sociétés savantes et validation par la HAS + conventionnement entre les SSR et les centres spécialisés intégrés	DGOS / 2012-2013	P ²⁴ (avec alerte sur travail restant à faire sur tarification)
10. Définition d'un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique dans l'objectif d'assurer l'équipement nécessaire, réparti sur le territoire national pour répondre aux besoins	DGOS / 2011 à 2013	R ²⁵ (avec annonce d'une évaluation restant à faire en 2014)
11. Identification des ressources médicales et non médicales pour la prévention et la prise en charge ; organisation de la chaîne de soins ; information du public ; définition d'indicateurs spécifiques en épidémiologie en compléments des informations déjà existantes	DGS / 2012	R (avec alerte sur nécessité de poursuivre outre-mer)
12. Analyse de la pertinence des pratiques : a) mise en place d'une étude sur la pratique de la chirurgie bariatrique - b) mise en place d'un suivi de cohorte d'enfants opérés - c) reconnaissance, au niveau national, des centres disposant de l'ensemble des moyens humains et techniques pour cette chirurgie - d) analyse médico-économique de la chirurgie bariatrique chez les sujets diabétiques.	CNAMTS / 2011-2012	R (mais travaux CNAMTS sur cohorte à suivre)
13 : Lutte contre les prescriptions hors indications - favoriser les bonnes pratiques - communication, auprès du grand public et des professionnels de santé, sur les rapports de l'AFSSAPS et de l'ANSES sur la demande d'amaigrissement : plaquette d'information pour le grand public et les professionnels de santé réalisée sur la base des conclusions des rapports de l'AFSSAPS et de l'ANSES.	DGS / 2011	R
14. Recueillir l'information sur les ressources au niveau du territoire et rendre cette information accessible au moyen d'un volet « obésité » sur le site des ARS : expérimentation sur deux ARS pilote et extension aux autres territoires + mise en place d'un site d'information au niveau de chaque ARS.	DGS/2011-2012	R (avec alerte sur nécessité de prolonger l'action)
25. Identification des unités d'accueil en SSR pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésités syndromiques et du syndrome de Prader-Willi.	DGOS/2012-2013	R ²⁶

Source : Mission à partir du PO et du rapport de bilan de mai 2013

²⁴ Action mise en œuvre par l'instruction DGOS du 28 mars 2012 relative à la mise en œuvre des actions 9 et 25 du plan obésité et notamment ses deux annexes : « cahier des charges de l'action 9 (SSR obésité sévère et/ou multi compliqué) et de l'action 25 (SSR « Prader-Willi » enfants et adolescents) » et « Etat des lieux nationaux sur la prise en charge en SSR des obésités sévères et/ou multi compliquées, enfants et adultes (base nationale 2010 du PMSI-SSR) ».

²⁵ Idem note de bas de page afférente à l'action n° 4.

²⁶ Idem note de bas de page afférente à l'action n°9.

[24] Mi 2013, le bilan quantitatif de la mise en œuvre du PO s'établissait donc à 2 actions non réalisées, 3 actions partiellement réalisées et 10 actions réalisées. Parmi celles-ci, 5 actions réalisées et 1 action partiellement réalisée faisaient l'objet d'une alerte quant aux travaux restant à faire ou au suivi à assurer.

[25] La chirurgie bariatrique proprement dite n'était directement mentionnée que dans la seule action n°12 du PO²⁷ pilotée par la CNAMTS relative à l'analyse de la pertinence des pratiques chirurgicales. Mais les 14 autres actions interagissaient quasiment toutes avec cette chirurgie, en amont, en aval ou en parallèle de l'acte chirurgical, certaines étant même susceptibles d'avoir une influence sur le volume des actes (n° 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 14).

[26] S'agissant du volet « organisation des soins », le Pr. Basdevant concluait dans son rapport que l'on pouvait retenir :

- *« Des avancées concrètes pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et leur coordination dans une perspective de parcours de santé :*
 - *La définition des différents niveaux de recours ;*
 - *Le développement de recommandations et d'outils pour faciliter la pratique clinique au quotidien pour les médecins traitants, les pédiatres, les spécialistes (médicaux et chirurgicaux) du dépistage à la prise en charge des formes les plus complexes ;*
 - *La coordination territoriale de la filière de soins pour les cas d'obésités sévères ;*
 - *La création de 37 centres spécialisés de l'obésité en mesure de prendre en charge en MCO et SSR les formes les plus sévères d'obésités chez les adultes et les enfants ;*
 - *La définition d'un cahier des charges pour les SSR pour l'accueil des personnes obèses ;*
 - *La création d'un observatoire de l'offre et de l'organisation des soins ;*
 - *La mission de maillage territorial de la prise en charge de l'obésité dans le cahier des charges des centres spécialisés ;*
 - *Le programme d'analyse de la pertinence des pratiques par la CNAMTS ;*
 - *L'identification et la réalisation d'un volet outre-mer ;*
 - *L'implication des associations ;*
 - *L'implication coordonnée des sociétés savantes médicales et chirurgicales ;*
 - *L'identification de 5 sites « centres intégrés de l'obésité » engagés dans la recherche clinique et l'innovation en lien avec des équipes de recherches Inserm /Inra/CNRS.*
- *Une remarquable mobilisation des ARS, de la DGS de la DGOS, des acteurs de terrain, des associations, de la CNAMTS.*
- *Un objectif non atteint : communication vers le grand public et valorisation des actions.*
- *Des perspectives :*
 - *Les sociétés savantes s'engagent sur le développement d'outils permettant de gérer le parcours de soins personnalisé ;*
 - *Des coopérations professionnelles en cours ;*
 - *L'amplification du volet outre-mer ;*

²⁷ Action n°12 de la mesure 1-9 : « Analyser la pertinence des pratiques ».

- Une préoccupation majeure : la pérennité du soutien aux actions mises en place et dont la réalisation demandera du temps. »

[27] Le PO ne comportait pas d'objectifs de résultats et les indicateurs associés aux actions portaient le plus souvent sur des processus ou sur des ressources. La lecture des intitulés des actions suffit à comprendre que la plupart d'entre elles relevaient d'une dynamique de long terme.

[28] Ce bilan du PO - établi avant même son arrivée à terme par celui qui avait eu la responsabilité de le concevoir puis d'en conduire la mise en œuvre - doit donc aussi être analysé à l'aune de la durée de mise en œuvre des actions fixée d'emblée à trois ans, durée bien trop courte pour que leur impact puisse être apprécié. Seule une évaluation approfondie à cinq ans permettrait de savoir aujourd'hui si ces actions ont eu un impact significatif et positif sur la prise en charge de l'obésité.

[29] Concomitamment à ce bilan, la DGOS a diffusé en juin 2013 une nouvelle instruction relative à la mise en œuvre du PO²⁸ qui prolonge celle de 2011, fixe les conditions d'élaboration d'un schéma d'organisation des transports sanitaires bariatriques²⁹ et crée un observatoire national des centres spécialisés de l'obésité (ONCSO).

Encadré 4 : Observatoire national des centres spécialisés de l'obésité (ONCSO)

Il collecte des informations thématiques directement auprès des établissements de santé (activité, fonctionnement, filière de soins, équipements, partenaires...), met à leur disposition des indicateurs et restitutions dynamiques permettant de constituer un annuaire, d'animer un réseau de professionnels et de procéder à des comparaisons. L'observatoire est partagé entre les 37 CSO, les ARS et l'administration centrale. Les données sont renseignées au fil de l'eau et formalisées dans un rapport annuel d'activité.

2.1.2 Le PNNS 2011 - 2015 fait peu de place à la prise en charge médicale de l'obésité et aux soins, pour lesquels il renvoie au PO

[30] Contrairement au PO, le PNNS 2011-2015 (prolongé en 2016) comprenait des objectifs de résultats précis fixé en avril 2010 par le Haut Conseil de santé publique (HCSP), par exemple en matière de pratiques alimentaires, d'apports nutritionnels et de dénutrition, de surpoids, de réduction des inégalités, de prévalence des maladies cardio-vasculaires.... Sur les questions liées à la prise en charge médicale de l'obésité et aux soins, le PNNS renvoie au PO hormis les deux actions suivantes qui composent la mesure n°1 intitulée « Organiser le dépistage des troubles nutritionnels et la prise en charge du patient »³⁰, listées ainsi et sans plus de détails :

- *Action 20. Mieux prendre en compte la dimension nutrition en médecine ambulatoire par :*
 - *(20.1) la mise en ligne d'un outil d'appropriation du PNNS pour les médecins généralistes ;*

²⁸ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité.

²⁹ Le schéma d'organisation des transports sanitaires bariatriques est destiné à organiser ces transports « *de façon à ce que les personnes obèses aient un accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non* » : équipement spécifique des véhicules, organisation régionale de l'utilisation des véhicules spécialisés, financements par MIGAC sur les crédits des CSO. L'annexe 2 de l'instruction propose un cadre d'organisation et de régulation adaptable aux situations régionales compte tenu de la disparité de la prévalence de l'obésité et des contraintes géographiques, une méthode de réalisation d'un état des lieux pour organiser une réponse graduée aux besoins de transport et de poser les bases de nouvelles collaboration entre les CSO et les professionnels du transport sanitaire (SAMU/SMUR, SDIS, transporteurs privés...).

³⁰ En plus de la mesure n°1, la mesure n°4 prévoit de développer des actions de dépistage, prévention, surveillance de l'état nutritionnel pour les personnes en situation de handicap.

- (20.2) *l'analyse de l'intérêt de définir un titre et des compétences de « médecin nutritionniste » ;*
- (20.3) *la définition de programmes d'éducation thérapeutique du patient dans les établissements de santé et dans les prises en charge ambulatoire³¹ ;*
- (20.4) *l'analyse des besoins de prise en charge des patients ayant une maladie nutritionnelle sévère et la proposition d'une organisation de l'offre³².*

+ L'organisation au niveau territorial de la chaîne des soins en nutrition (voir plan obésité).

➤ *Action 21. Mieux prendre en compte la dimension nutrition en établissements par :*

- (21.1) *l'inscription dans le référentiel de certification des établissements d'un processus formalisé relatif à l'état nutritionnel (depuis le diagnostic jusqu'aux mesures correctives) ;*
- (21.2) *l'évaluation de l'impact des unités transversales de nutrition ;*
- (21.3) *la mise en place des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) nutrition (et leur extension sur l'hospitalisation à domicile).*

[31] Par ailleurs, la mesure n°6 s'intitule « Évaluer le PNNS et le Plan Obésité » et indique, à la fin du PNNS : « L'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés, au niveau national, régional ou local, ainsi que l'évaluation des processus mis en œuvre, contribuent à améliorer qualitativement les interventions, à développer les méthodes les plus efficaces, à adapter les interventions, ainsi qu'à fixer des objectifs y compris quantitatifs qui soient pertinents et réalistes ». Elle ne comporte qu'une action (n°45) ainsi libellée : « Saisine de l'IGAS (à mi-parcours du PNNS et en fin de programme) et du HCSP (en fin de programme) pour l'évaluation du PNNS et du Plan Obésité (dont le volet recherche sera évalué par l'AERES) ».

2.2 En novembre 2013, un nouveau rapport propose des mesures destinées à prolonger le PNNS et le PO sous gouvernance commune

[32] En novembre 2013, un nouveau rapport est produit en réponse à une commande de la ministre des Affaires sociales et de la Santé destinée à « *donner un nouvel élan au PNNS* » 2011-2015 à mi-parcours et au plan obésité. Ce rapport, intitulé « Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé », comprend deux parties, l'une portant sur la prévention nutritionnelle (par le Pr. Serge Hercberg) et l'autre sur la prise en charge des maladies liées à la nutrition (par le Pr. A. Basdevant).

[33] Dans cette seconde partie sont listées dix priorités qui s'inscrivent clairement dans le prolongement du rapport de mai 2013. Quatre d'entre elles – soulignées ci-dessous - présentent un lien avec la problématique de la chirurgie bariatrique :

- *Mettre en place des parcours de soins pour les maladies de la nutrition, inscrire la nutrition dans le parcours de soins des maladies chroniques (mesure 1) ;*
- *Définir le socle d'information en nutrition pour un dossier médical partagé pluriel ;*
- *Lutter contre la malnutrition chez les jeunes et la dénutrition à tout âge ;*
- *Poursuivre le maillage territorial des soins pour l'obésité (mesure 4) ;*

³¹ Cf. action n°6 du PO.

³² Cf. action n°7, 8 et 9 du PO.

- Organiser et valoriser les activités paramédicales dans le cadre de parcours coordonnés (mesure 5) :
- Garantir l'égalité d'accès aux spécialistes (mesure 6) :
- Associer soins et promotion de la santé hors cadre du soin :
- *Innover dans les missions et les métiers de la nutrition et de l'activité physique adaptée ;*
- *Soutenir l'innovation et la recherche ;*
- *Informers le public et inclure les associations.*

[34] S'agissant de la gouvernance des mesures qu'il propose, le Pr. Basdevant conclut en insistant sur le rôle de la DGOS et de la DGS et recommande de regrouper dans la même main le pilotage des mesures de prévention nutritionnelle et celui des mesures d'organisation des soins : « *L'expérience des mesures « organisation des soins » du Plan Obésité nous a montré que l'implication de la Direction générale de l'offre de soins était décisive de même que la coordination des actions avec la Direction générale de la santé. Nous proposons de réunir sous une seule gouvernance les mesures de prévention et les mesures d'organisation des soins, autrement dit de ne pas maintenir la séparation de la gouvernance du PNNS et du Plan obésité. Ceci afin de simplifier la gestion, de faciliter les échanges.* »

[35] Le pilotage interministériel initial du PO avait été modifié dès 2012³³ avec l'instauration d'un comité de pilotage et d'un comité de suivi commun au PNNS (2011-2015) et au PO (2010-2013), sous la présidence du directeur général de la santé, « *assisté* » par les présidents du PNNS et du PO. Parvenu à son terme en 2013, le PO se trouvait donc de fait agrégé avec le PNNS, sous l'autorité de la DGS, « *sans qu'une décision explicite d'y mettre un terme ait été prise* » selon les termes du rapport IGAS de juillet 2016.

2.3 En juillet 2016, l'IGAS dresse un bilan du PNNS et du PO qui est positif pour ce dernier, et souligne que la montée en charge de l'organisation des soins n'a pas été accompagnée d'un effort suffisant de prévention

2.3.1 L'évaluation du PNNS souligne la focalisation de ce plan sur la prévention sur laquelle d'importantes difficultés sont pointées

[36] Les constats établis par l'IGAS en juillet 2016 dans son rapport d'évaluation précité du PNNS et du PO sont sévères : « Le PNNS a eu l'ambition, en traitant une multitude de questions liées à la nutrition, de devenir le programme de référence. Il a, au fond, peu évolué au fil du temps et des évaluations successives. Avec 4 axes, 7 objectifs généraux, 22 sous-objectifs, 21 mesures, 45 actions et 125 sous-actions non priorisés, il a porté une ambition trop importante.

Prétendant agir sur l'ensemble des déterminants de la santé, le programme n'a pas su trancher entre l'approche individuelle et l'approche collective. ... A vouloir avancer par consensus, le PNNS n'a jamais été en capacité d'adopter des mesures dont l'efficacité est pourtant reconnue. Il a alors occulté, au nom du consensus et des intérêts des parties prenantes, des aspects importants de la problématique nutritionnelle. En particulier, il a insuffisamment pris en compte les actions possibles sur l'offre, tant le pouvoir des lobbies de l'agroalimentaire est puissant.

³³ Décret n° 2012-531 du 19 avril 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement du comité de pilotage et du comité de suivi du programme national relatif à la nutrition et à la santé (2011-2015) et du plan obésité (2010-2013).

La gouvernance du plan et son pilotage national et local présentent des faiblesses et des lacunes. Le comité de suivi et le comité de pilotage très centrés sur la santé et à distance des opérateurs « du terrain », n'ont pas su s'imposer comme des instances de dialogue et de pilotage. Ils ont d'ailleurs été officiellement supprimés.

Au fil du temps, une multiplicité de plans gouvernementaux a réduit la lisibilité des orientations et la cohérence de l'action publique. Se sont ajoutés le Plan national pour l'alimentation – PNA, et le Plan sport santé bien-être – P2SBE, créant plus de confusions que de synergies, voire de la concurrence. Certaines initiatives ministérielles non coordonnées envoient des signaux contradictoires... Au niveau local, l'application du programme est laissée à l'appréciation des agences régionale de santé – ARS – et des préfets. Une multitude d'actions sont entreprises sur le territoire, sans cohérence d'ensemble et elles ne concernent qu'un petit nombre de personnes. Les administrations partenaires et les acteurs locaux piochent dans les différents plans pour tenter de donner une cohérence à l'action publique.

Si la notoriété du PNNS est acquise au plan national, la visibilité et l'impact du programme sont faibles au plan local face à la concurrence des autres plans. De plus la communication institutionnelle ne touche pas les populations précaires qui forment l'une des cibles prioritaires du PNNS.

Les financements, essentiellement destinés aux dispositifs nationaux, témoignent de la faible priorité accordée, concrètement, au PNNS, négligeant donc les effets à moyen et long termes de la prévention en santé.

L'engagement des entreprises du secteur agro-alimentaire et de la grande distribution dans cette politique de prévention en santé est bien trop modeste... »

2.3.2 ... tandis que l'évaluation du PO, positive sur le volet de la prise en charge médicale, regrette cependant que cette dernière affaiblisse la prévention

[37] Dans sa synthèse, le rapport de l'IGAS indique : « Le plan obésité – PO, a constitué une impulsion décisive pour la prise en charge de l'obésité sévère. Il a été fort heureusement associé au PNNS et non construit comme un concurrent. Le bilan de ce plan est toutefois contrasté. Il est très positif pour l'axe 1 qui visait à « améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte ». En effet, attendu par les professionnels spécialisés, ils s'en sont emparés : un travail considérable a été accompli en peu de temps et la plupart des actions ont été réalisées ou sont en bonne voie d'avancement. Mais les actions de prévention sont restées les parents pauvres du plan. Essentiellement hospitalier au départ, le plan obésité sort désormais des murs. Le travail engagé ne s'est pas interrompu à l'échéance du PO, fin 2013. Les initiatives comme OBEPEDIA montrent la voie. Il s'agit de construire un parcours de soins pour les enfants et les adolescents atteints d'obésité sévère associant ville et hôpital ».

[38] De façon plus précise, les rapporteurs de l'IGAS dressent un bilan assez synthétique du PO (5 pages) qu'ils qualifient de « contrasté » car ils l'ont surtout étudié à l'aune du PNNS et de sa logique de prévention.

Un bilan positif de la réalisation de l'axe 1 centré sur la prise en charge médicale :

[39] « De fait, un travail considérable a été accompli en peu de temps et la plupart des actions de l'axe 1 ont été réalisées ou sont en bonne voie d'avancement. Parmi elles, il faut citer : l'élaboration des recommandations de bonne pratique clinique de la HAS pour la prise en charge médicale de 1er recours du surpoids et de l'obésité et celle des fiches pratiques à destination des

médecins généralistes et pédiatres ; l'organisation des transports sanitaires bariatriques ; l'équipement de services hospitaliers et de SSR en matériel permettant la prise en charge des personnes obèses ; la structuration de l'offre spécialisée selon le principe de la gradation des soins, du dépistage des personnes à risque, grâce aux services de santé scolaire, de médecine du travail et des médecins généralistes, à la labellisation de 37 centres spécialisés (CSO) et de 5 « centres intégrés » ou « centres de référence », associant soins et recherche ; la labellisation de programmes d'éducation thérapeutiques.

Les centres spécialisés de l'obésité (CSO) sont au nombre de 37 (au moins un par région, sauf en Corse et en Guyane). Destinés à traiter des cas les plus sévères (obésité morbide, avec complications), ils disposent des équipements adaptés, d'une expertise clinique pluri-disciplinaire (endocrinologues, nutritionnistes, cardiologues, pneumologues, psychiatres, neurologues...) et de chirurgiens et d'anesthésistes-réanimateurs spécialisés en chirurgie bariatrique ; ils sont également chargés de la coordination territoriale avec l'ensemble des intervenants (chirurgiens extérieurs au CSO, médecins de ville, SSR140, associations...) auprès de la personne obèse. Chaque CSO a bénéficié, par redéploiement, d'un financement initial de 70 000 euros/an au cours des deux premières années pour impulser cette coordination territoriale.

Jusqu'à une époque récente, les patients obèses étaient ignorés par le système de soins, au point d'y être souvent maltraités faute notamment d'équipements adaptés : le plan obésité a donc marqué un progrès très sensible des prises en charge de l'obésité morbide. Il a fortement contribué à faire reconnaître la médecine de l'obésité et il a fait progresser son organisation. Cependant, celle-ci est aujourd'hui hospitalo-centrée et parfois, comme la mission a pu le constater, ignorée des praticiens de ville ».

... au détriment des actions de prévention « restées les parents pauvres du plan » :

[40] « Les interlocuteurs de la mission ont souvent insisté sur le fait que, ayant donné la priorité à la prise en charge, notamment chirurgicale, de l'obésité sévère, le plan obésité est loin de constituer un plan global de prévention du surpoids et de l'obésité.

De fait, le plan obésité a permis de transformer la prise en charge de l'obésité morbide dans le système de soins. Il n'a en revanche pas pu jouer le rôle qui lui avait été dévolu – coordinateur et amplificateur – concernant la prévention du surpoids ou l'accompagnement des obésités modérées. Ce diagnostic sévère ne signifie pas que rien n'aurait été fait dans ces domaines. ...

Il faut dire ici que la plupart des actions du plan obésité concernant la prévention du surpoids « reprennent », sans moyens humains ni financiers dédiés, des actions par ailleurs incluses dans le PNA, le PNNS, le programme santé éducation... Elles ne touchent hélas qu'une petite proportion des personnes en surpoids ou obèses, sont fréquemment présentées comme des expérimentations (alors que leur bénéfice est largement admis), financées de façon discontinue, via des appels à projets par définition peu inscrits dans le temps et reposent plus souvent sur un fort engagement militant que sur des dispositifs institutionnels robustes.

La mission constate que la décision de ne labelliser que des CSO disposant d'une offre structurée de chirurgie bariatrique, a – implicitement mais fortement – orienté la politique française de prise en charge de l'obésité sévère vers la chirurgie. Cela a conforté une tendance à la médicalisation de la question du surpoids et de l'obésité, au détriment d'une large mobilisation sociétale.

Les indications chirurgicales ne devraient constituer que l'ultime recours des prises en charge. Pourtant, 50 000 actes de chirurgie bariatrique sont désormais réalisés chaque année en France ; 250 000 personnes ont déjà été opérées, 250 000 autres le seront avant la fin 2020, alors que les connaissances, le recul et les repères manquent pour en identifier les effets à long terme, tant pour chacune des personnes opérées que pour le système de soins³⁴. D'où le caractère crucial d'une bonne organisation du suivi, dans la durée, de ces patients³⁵.

Enfin, selon les rapporteurs de l'IGAS, « Essentiellement hospitalier au départ, le plan obésité sort désormais des murs : vers un parcours de soins pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère » :

[41] « Le travail engagé dans le cadre du plan obésité ne s'est pas interrompu à l'échéance de celui-ci, fin 2013. Face à l'explosion du nombre d'actes chirurgicaux, soutenue par une importante demande publique, un travail a été engagé, relatif à la pertinence des indications chirurgicales, qui doit être améliorée ; à la qualité des pratiques et à la labellisation des établissements, qui semble désormais nécessaire ; à la structuration des parcours (y inclus l'éducation thérapeutique), et du suivi (notamment post-chirurgical) des patients ; à la consolidation du maillage territorial, qui devrait être étendu aux établissements SSR sur une échelle plus large que celle déjà réalisée, et surtout aux médecins généralistes.

Les initiatives comme OBEPEDIA montrent la voie. ... ce projet vise à « définir pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère la séquence de prise en charge qui commence au sein des centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour aller jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé incluant les coopérations multidisciplinaires qui impliquent aussi bien l'hôpital que la ville³⁶.

D'autres initiatives ont été prises à partir du plan obésité et mériteraient d'être amplifiées. Ainsi de la création du centre de réadaptation et de convalescence de St-Yrieix-la-Perche qui accueille des personnes obèses en amont de la chirurgie et avec l'ambition de l'éviter. »

³⁴ Si des complications devaient apparaître de façon sérielle, le système de soins serait confronté à un impact systémique de grande ampleur.

³⁵ « *État actuel de la chirurgie bariatrique en France* », C. Schaaf, A. Iannelli, J. Gugenheim, in e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2015, 14 (2) : p. 104-107.

³⁶ OBEPEDIA (Obésité pédiatrique sévère) est une expérimentation de parcours de soins qui vise à « impulser une mobilisation des professionnels concernés en établissements de santé et en ville ». Prévue d'être lancée au 4^{ème} trimestre 2017 pour une durée de 3 ans, et conçue par le groupe de coordination et de concertation des CSO (GCC-CSO) en lien avec 6 sociétés savantes, elle a pour objectif de proposer à des enfants et adolescents cumulant des facteurs économiques, psychosociaux et familiaux favorisant un non recours aux soins ou un abandon de ceux-ci, et à leurs familles, « une réponse médicale adaptée, globale et opérationnelle à partir d'un projet partagé entre un CSO et une coordination de proximité ». Cette expérimentation elle fait l'objet de l'instruction n°DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de 5 centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA ; elle s'inscrit dans le cadre de l'article 32 de la LFSS 2015 relatif aux projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques (art. L162-31-1 du CSS).

Appendice 1 : Les 4 axes stratégiques, 23 mesures et 36 actions du plan obésité

AXE 1 → Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et chez l'adulte (14 actions)

Mesure 1-1 Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant

- **Action 1** : Publication et diffusion de recommandations de bonne pratique clinique de la HAS pour la prise en charge médicale de 1er recours du surpoids et de l'obésité, l'une pour les enfants et les adolescents et l'autre pour les adultes (pilote HAS / échéance 2011)
- **Action 2** : Conception et diffusion de fiches pratiques à destination des médecins généralistes et des pédiatres (DGS / 2013)
- **Action 3** : Étude des mesures contractuelles susceptibles d'améliorer la prise en charge adaptée de 1er recours, et négociation conventionnelle afférente (CNAMTS / 2012 – 2013)

Mesure 1-2 Structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra-régional

- **Action 4** : Identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions (DGOS – 2011 à 2013)

Mesure 1-3 Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval

- **Action 5** : Systématisation du dépistage chez les enfants et organisation de l'aval (CNAMTS / 2011–2012) avec suivi et résultats de l'action auprès des médecins traitants + prévention conventionnelle par la CNAMTS

Mesure 1-4 Reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique

- **Action 6** : Développement de l'éducation thérapeutique (DGS / 2012 – 2013) : équipes et évaluation (ARS), référentiel de compétences (INPES)

Mesure 1-5 Développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité

- **Action 7** : A partir des objectifs du cahier des charges, établissement par les ARS d'un diagnostic territorial des besoins pour structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité (DGOS / 2012)
- **Action 8** : Structuration du déploiement des réseaux et de la coordination des soins pour la prise en charge de l'obésité par les ARS, en utilisant l'expertise et le savoir faire des réseaux existants (DGOS / 2013)

Mesure 1-6 Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (SSR)

- **Action 9** : Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée à des prises en charge adaptées en SSR (DGOS / 2012-2013) : Élaboration d'un référentiel professionnel par les sociétés savantes et validation par la HAS + conventionnement entre les SSR et les centres spécialisés intégrés

Mesure 1-7 Assurer le transport sanitaire bariatrique

- **Action 10** : Définition d'un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique dans l'objectif d'assurer l'équipement nécessaire, réparti sur le territoire national pour répondre aux besoins (DGOS / 2011 à 2013)

Mesure 1-8 Prendre en compte les situations spécifiques de l'Outre-mer

- **Action 11** : Identification des ressources médicales et non médicales pour la prévention et la prise en charge ; organisation de la chaîne de soins ; information du public ; définition d'indicateurs spécifiques en épidémiologie en compléments des informations déjà existantes (DGS / 2012)

Mesure 1-9 Analyser la pertinence des pratiques

- **Action 12** : Analyse de la pertinence des pratiques (CNAMTS / 2011-2012) qui comprend 4 sous-actions : a) mise en place d'une étude sur la pratique de la chirurgie bariatrique par la CNAMTS (2012) – b) mise en place d'un suivi de cohorte d'enfants opérés – c) reconnaissance, au niveau national, des centres disposant de l'ensemble des moyens humains et techniques pour cette chirurgie – d) analyse médico-économique de la chirurgie bariatrique chez les sujets diabétiques.

- **Action 13** : Lutte contre les prescriptions hors indications - favoriser les bonnes pratiques - communication, auprès du grand public et des professionnels de santé, sur les rapports de l'AFSSAPS et de l'ANSES sur la demande d'amaigrissement (DGS / 2011) : plaquette d'information pour le grand public et les professionnels de santé réalisée sur la base des conclusions des rapports de l'AFSSAPS et de l'ANSES.

Mesure 1-10 Informer le grand public et les professionnels

- **Action 14** : Recueillir l'information sur les ressources au niveau du territoire et rendre cette information accessible au moyen d'un volet « obésité » sur le site des ARS (DGS/2011-2012) : expérimentation sur deux ARS pilote et extension aux autres territoires + mise en place d'un site d'information au niveau de chaque ARS.

AXE 2 → Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique (9 actions)

Mesure 2-1 Une action préventive (7 sous-actions n°15.1 à 15.7³⁷) conduites dans le cadre du Programme national pour l'alimentation (PNA) :

- Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité (Axe I du PNA – 2 actions)
- Améliorer l'offre alimentaire (Axe II – 2 actions)
- Améliorer la connaissance et l'information sur l'alimentation (Axe III – 3 actions)

Mesure 2-2 Une action préventive (15 sous-actions n° 16.1 à 16.15³⁸) conduites dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) :

- Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité (Axe 2 du PNNS – 2 actions)
- Valoriser le PNNS comme référence pour les actions en nutrition ainsi que l'implication des parties prenantes (Axe 4 – 4 actions)
- Réduire, par des actions spécifiques, les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention (Axe 1 – 4 actions)
- Organiser le dépistage et la prise en charge des patients en nutrition (Axe 3 – 1 action)
- Volet transversal : formation, surveillance, évaluation et recherche (4 actions)

Mesure 2-3 Une action préventive (n°17) conduite dans le cadre du Programme éducation santé 2011 – 2015 (PES)³⁹ : Accompagnement des enfants en établissements scolaires

Mesure 2-4 Actions préventives spécifiques visant à renforcer l'information, la promotion et l'éducation en santé dans les différents milieux ainsi qu'à développer des recommandations particulières :

- Action 18 : Renforcement de l'information sur la notion de sédentarité notamment «le temps passé devant un écran » (INPES/2012)
- Action 19 : Établissement d'un bilan d'étape sur le développement de la charte et engagement d'une réflexion sur les perspectives éventuelles d'évolution (Ministère de la culture/2011)
- Action 20 : État des lieux des actions engagées sur le thème « nutrition santé » par les ateliers santé ville / ASV (DGS/2012-2013)
- Action 21 : Favoriser dans les dispositifs de formations des coordinateurs ASV et des animateurs CUCS1 la thématique nutrition santé (alimentation et activité physique), et les coordonner avec les contrats locaux de santé (DGS/2012-2013)
- Action 22 : Favoriser un environnement propice à la mobilité douce ou active en lien avec le PNSE (DGS/2012-2013)
- Action 23 : Intégration d'une sensibilisation sur les relations entre le sommeil et la prise de poids dans les outils de prévention du PNNS développés par l'INPES (INPES/2012)
- Action 24 : Évaluation du sommeil et de l'état respiratoire : rédaction de recommandations professionnelles par les sociétés savantes (DGS/2012)

³⁷ Pour son volet « prévention », le Plan obésité s'appuie sur les axes suivants du PNA (les actions du PNA intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro 15 - 15.1, 15.2...).

³⁸ Pour son volet « Prévention », le Plan obésité s'appuiera sur les axes suivants du PNNS (les actions du PNNS intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro 16 - 16.1, 16.2...).

³⁹ Les actions du PES intégrées dans le Plan obésité ont pour numéro 17 - 17.1, 17.2....

AXE 3 → Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre les discriminations (5 actions)

Mesure 3-1 Mettre en place des actions aux bénéfices des groupes en situation de vulnérabilité sociale et économique : mesure soutenue par le Plan obésité et conduite dans le cadre du PNNS et du PNA

Mesure 3-2 Organiser l'offre de soin pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental et aider les familles

- **Action 25** : Identification des unités d'accueil en SSR pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésités syndromiques et du syndrome de Prader-Willi, en lien avec le centre de référence pour la prise en charge du syndrome de Prader Willi (DGOS/2012-2013)
- Action 26 : Réalisation et diffusion de recommandations nutritionnelles et d'activité physique pour les personnes en institution (psychiatrie, handicap) (DGS/2013)

Mesure 3-3 Lutter contre les discriminations dans le système de soins

- Action 27 : Inclure le critère de « bientraitance » dans la certification des établissements de santé (DGOS/2013)

Mesure 3-4 Lutter contre la stigmatisation des personnes obèses dans la société

- Action 28 : Communication sur la stigmatisation et les discriminations liées à l'obésité (DGS/2012-2013)

Mesure 3-5 Protéger le consommateur contre la communication trompeuse

- Action 29 : Renforcement de l'information des consommateurs, des médias sur la réglementation en vigueur (DGCCRE/2011 à 2013)

AXE 4 → Investir dans la recherche (6 actions)

Mesures 4-1 (ministère de la recherche/2011) :

- Action 30 : Créer une fondation de coopération scientifique
- Action 31 : Développer la recherche en sciences humaines et sociales
- Action 32 : Développer la recherche sur les bases moléculaires et cellulaires de l'obésité et de ses conséquences
- Action 33 : Inclure les paramètres nutritionnels dans de grandes cohortes

Mesure 4-2 Identifier les études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir

- Action 34 : Identification des études épidémiologiques à poursuivre ou à promouvoir. (AVIESAN/2012)

Mesure 4-3 Renforcer le potentiel de recherche clinique et translationnelle

- Action 35 : Renforcement du potentiel de recherche clinique et translationnelle (AVIESAN/2012)

Mesure 4-4 Favoriser les échanges internationaux sur les politiques de santé sur l'obésité

- Action 36 : mise en place de groupes de travail européens ou internationaux sur l'harmonisation des pratiques ; mise à la disposition des professionnels de recommandations européennes (DGS/2012)

ANNEXE 2

PLACE DE LA CB DANS LA PROBLEMATIQUE GENERALE DE L'OBESITE ; PERTINENCE, QUALITE DES INTERVENTIONS ET SECURITE DES SOINS

1	LA CHIRURGIE BARIATRIQUE S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE PLUS GENERAL DE L'EPIDEMIE D'OBESITE.....	31
1.1	L'obésité est une maladie chronique d'origine multifactorielle à fort risque de complications.....	31
1.2	Favorisant de nombreuses maladies et associée à une diminution de l'espérance et de la qualité de vie, l'obésité a un impact majeur en termes de santé publique.....	32
1.3	L'obésité est aussi une maladie sociale, source de rejet et de stigmatisation.....	36
1.4	Après une forte progression dans les années 2000, la prévalence de l'obésité semble s'être stabilisée aux alentours de 17 % chez l'adulte	37
1.5	La situation est particulièrement préoccupante dans les DOM	38
1.6	Le coût social de l'obésité se traduirait en milliards d'euros	40
1.7	L'installation rapide d'une obésité de masse traduit l'échec relatif des actions de prévention primaire de l'obésité et les limites de son traitement médical.	40
2	LE REPERAGE STATISTIQUE DE L'OBESITE ET DE SA PRISE EN CHARGE SONT INSUFFISANTS POUR SUIVRE LES PERSONNES ET AMELIORER LA QUALITE DES SOINS	41
2.1	Le PMSI n'aborde que très indirectement l'obésité, mais il fournit en revanche des informations détaillées sur la prise en charge chirurgicale des personnes obèses	41
2.2	Venant en renfort des rares recueils de données épidémiologiques ciblant l'obésité, l'expérimentation Obépédia et la cohorte Constance offrent des possibilités de recherche intéressantes.....	41
2.3	La cohorte des personnes obèses opérées de la CNAMTS est à ce jour le seul dispositif qui suive en France des personnes opérées	43
2.4	Le registre attendu de la SOFFCO-MM vise à améliorer les pratiques et le suivi postopératoire dans les prochaines années.....	44
3	LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EST UNE ACTIVITE EN PLEINE CROISSANCE DONT LE SUIVI ET LA REGULATION FONT GLOBALEMENT DEFAUT.....	45

3.1	En France, le recours à la chirurgie bariatrique connaît un essor fulgurant.....	45
3.1.1	Le nombre d'interventions a triplé dans les dix dernières années.....	45
3.1.2	Cette hausse du recours à la CB tient tant à l'échec de la prévention et aux limites de la prise en charge médicale qu'à l'accessibilité et à la sécurité accrues des soins chirurgicaux.	48
3.2	Ce niveau de recours est particulièrement important comparativement à d'autres pays, mais il est difficile de l'interpréter.....	48
3.2.1	On observe en France un taux de recours six fois plus élevée qu'en Allemagne ou au Royaume uni où l'obésité est pourtant plus importante	48
3.2.2	S'il peut s'expliquer, il est cependant difficile d'interpréter ce taux de recours	50
3.3	La chirurgie bariatrique se développe en l'absence d'alternatives médicales à court / moyen termes.....	51
3.3.1	Le suivi et la prise en charge médicale de l'obésité sont compliqués par le manque de compétences et de coordination mais aussi par l'absence de stratégie institutionnelle dédiée	51
3.3.2	La quasi-absence de médicaments contre l'obésité est un élément de complexification de la prise en charge médicale qui peut orienter vers la solution chirurgicale	53
3.3.3	La recherche et les innovations thérapeutiques ne permettent pas, à court et moyen terme, d'envisager des alternatives à la prise en charge chirurgicale des patients obèses sévères et morbides.....	54
3.3.4	La chirurgie réparatrice, sujet important mais non exploré par la mission	55
4	FAISANT APPEL A UN ENSEMBLE DE TECHNIQUES DE COMPLEXITE ET DE NIVEAU DE RISQUE VARIABLES, LA CHIRURGIE BARIATRIQUE A FAIT MONTRE DE SON EFFICACITE	56
4.1	Des techniques opératoires avec des niveaux de risque et d'efficacité spécifiques dont le choix semble largement opérateur dépendant.....	56
4.1.1	Se différenciant par leur caractère réversible ou non, leur taux de succès et pour partie, par leurs indications, les techniques en vigueur ne font pas toutes l'objet d'un consensus.....	56
4.1.2	Le choix des techniques semble pour beaucoup relever des établissements de santé et des chirurgiens, posant la question de l'information du patient et de sa marge de détermination... ..	57
4.1.3	Les taux de réinterventions varient fortement selon les techniques.....	58
4.2	La littérature scientifique publiée depuis une vingtaine d'année sur la chirurgie bariatrique en a établi l'efficacité et les risques associées.....	58
4.2.1	Réduction de la mortalité et du risque cardiovasculaire	58
4.2.2	Effets sur la perte de poids, les comorbidités et la qualité de vie	59
4.2.3	Une mortalité en diminution depuis une dizaine d'années	60
4.2.4	Outre les complications chirurgicales incluant les carences nutritionnelles dont la fréquence varie selon les techniques, les risques post-opératoires sont aussi d'ordre psychique	62
5	UN ENCADREMENT, UNE QUALITE, UNE SECURITE, ET UN SUIVI DES PRATIQUES PERFECTIBLES.....	66

5.1	Pour parties inactuelles, les recommandations HAS qui encadrent la chirurgie bariatrique interrogent en termes de mise en œuvre.....	66
5.1.1	Les recommandations visent à assurer pertinence et qualité des interventions	66
5.1.2	L'évolution des pratiques intervenue ces dernières années n'a pas encore été évalué.....	67
5.1.3	Le non-respect des bonnes pratiques recommandées par la HAS pose de sérieux problèmes	67
5.1.4	Malgré leur fort enjeu de santé publique, l'accompagnement préopératoire et le suivi des patients opérés s'avèrent insatisfaisants.....	70
5.1.5	Conscients des lacunes du suivi et des risques associés, les pouvoirs publics doivent, en lien avec les sociétés savantes, impérativement améliorer le suivi post-opératoire des patients opérés	72
5.2	L'effort de mise en œuvre des procédures renforçant la qualité, la sécurité et le suivi des actes doit être poursuivi	75
5.2.1	Une qualité et sécurité des soins en constante amélioration.....	75
5.2.2	Une procédure de labélisation par la SOFFCO-MM encore perfectible.....	76
5.2.3	Une sinistralité sur laquelle il est difficile de se prononcer.....	77

1 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE S'INSCRIT DANS LE CONTEXTE PLUS GENERAL DE L'ÉPIDÉMIE D'OBESITÉ

1.1 L'obésité est une maladie chronique d'origine multifactorielle à fort risque de complications

[42] Pour l'OMS, l'obésité est une maladie chronique d'évolution pandémique⁴⁰. Définie par un excès de masse grasse⁴¹, elle constitue un facteur de risque majeur d'apparition d'autres maladies et augmente par ailleurs le risque de décès prématuré et les incapacités à l'âge adulte. L'OMS définit l'obésité quand l'IMC⁴² est égal ou supérieur à 30 kg/m², en distinguant différents types d'obésité selon l'IMC :

Tableau 1 : Classification IMC selon l'OMS

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)	> ou = 40

Source : mission d'après OMS

[43] L'obésité est multifactorielle : son développement repose sur une combinaison de facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux. Dans la phase initiale de constitution de l'obésité, le rôle des facteurs comportementaux et environnementaux est central. Excès d'apport alimentaire et sédentarité sont les deux déterminants majeurs qui dépendent de facteurs individuels (comportements), du microenvironnement (histoire de vie⁴³ -les cliniciens et les membres d'associations d'obèses rencontrés par la mission soulignant l'importance de l'histoire personnelle et des vécus traumatiques⁴⁴ dans la genèse de certaines obésités-, contexte familial⁴⁵, culture, conditions de travail, école⁴⁶) et de facteurs socio-économiques (système

⁴⁰ La prévalence de l'obésité a plus que doublé au niveau mondial de 1980 à 2014 (600 millions de personnes) selon l'OMS, qui prévoit que l'Europe va faire face à une épidémie d'obésité d'ici à 2030. Aux E.U, cette prévalence est de 38 % en 2017.

⁴¹ L'obésité est une maladie des tissus adipeux ("le gras"). Ces tissus contiennent des cellules qui stockent des réserves énergétiques sous la forme de graisses : les adipocytes. Ces cellules augmentent de volume au fur et à mesure qu'elles accumulent des lipides. Lorsqu'elles ont atteint leur volume maximal, elles ont la capacité de recruter de nouvelles cellules "vides" prêtes à se charger en graisse. Ainsi, la masse du tissu adipeux peut s'accroître non seulement par l'augmentation du volume des adipocytes, mais aussi par l'augmentation du nombre d'adipocytes qui le compose.

⁴² L'indice de masse corporelle (IMC) exprimé par le poids divisé par le carré de la taille (kg/m²).

⁴³ *Conditions et événements de vie corrélés au surpoids des adultes : une analyse par sexe des données de la cohorte SIRS, agglomération parisienne*, 2005 Judith Martin Catherine de Launay, Pierre Chauvin, BEH 4 / 2 février 2010 31

⁴⁴ Une étude issue de la cohorte Santé, inégalités et ruptures sociales et parue dans le BEH en 2010 suggère que certains événements biographiques (enfance malheureuse chez les femmes) peuvent être associés à l'installation de l'obésité.

⁴⁵ En France, plusieurs corrélations familiales ont été mis en évidence autour de l'obésité : pour les enfant, sur-risque d'être obèse quand au moins un des parents est obèse (près de 3 pour les garçons et de 3,5 pour les filles), sur-risque pour les mères obèses d'avoir un enfant obèse (30 % des cas), sur-risque pour l'adulte obèse d'avoir un conjoint obèse (23 % des cas)

alimentaire⁴⁷, urbanisation, pauvreté - l'obésité étant plus fréquente dans les populations vulnérables sur le plan social et économique-). Ces facteurs auront un impact d'autant plus important qu'une prédisposition biologique (dont microbiote⁴⁸), génétique ou épigénétique existe.

[44] Au-delà de cette phase de constitution de l'obésité, la maladie tend à s'installer dans la durée. Elle devient une maladie chronique et s'aggrave en raison du développement d'anomalies organiques du tissu graisseux qui devient de plus en plus résistant aux traitements. Les complications apparaissent, un patient sur dix évoluant par ailleurs vers le stade d'obésité sévère.

Tableau 2 : Principaux risques favorisés par l'obésité

Cardiovasculaires	Insuffisance coronaire, hypertension artérielle, accidents vasculaires cérébraux, thromboses veineuses, embolies pulmonaires, insuffisances cardiaques, ...
Respiratoires	Syndrome d'apnée du sommeil, insuffisance respiratoire, hypertension artérielle pulmonaire
Osteoarticulaires	Gonarthrose, lombalgie, dorsalgie, coxarthrose, troubles de la statique, difficulté à se mouvoir
Digestifs	Lithiase biliaire, stéatose hépatique, reflux gastro-œsophagien
Cancers	Prostate, colorectum, voies biliaires, endomètre, col utérin, ovaires, sein...
Métaboliques	diabète de type 2, dyslipidémie, syndrome métabolique, hyperuricémie, goutte,
Endocriniens	Infertilité, dysovulation, hypogonadisme,
Dermatologiques	Hypersudation, mycoses des plis, lymphœdème
Rénaux	Protéinurie, glomérulosclérose
Autres	Complications obstétricales, risque fœtal, risque opératoire, stéatopathie non-alcoolique
psychosociales	Altération qualité de vie, stigmatisation, perte de chance, dépression, mésestime de soi

Source : CNEH, « La prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité », in *Technologie et Santé* n° 66, déc. 2008.

1.2 Favorisant de nombreuses maladies et associée à une diminution de l'espérance et de la qualité de vie, l'obésité a un impact majeur en termes de santé publique

[45] Pour l'OMS, l'obésité est « un contributeur majeur au poids global des maladies » qui serait ainsi responsable de près de 13 % des décès en Europe⁴⁹. Dans son rapport « obésité et économie de la prévention, objectif santé » paru en 2010, l'OCDE partage ce constat en citant une grande étude⁵⁰ qui conclut à un fort accroissement de la mortalité avec l'IMC dès que les individus dépassent le seuil des 25 Kg/m² (de 2 à 4 années de vie en moins entre 30 et 35, et jusqu'à 10 années pour les IMC >40. Une étude publiée plus récemment⁵¹ retrouve à peu près ces

⁴⁶ Une école soucieuse de l'éducation à la santé des enfants a un effet très sensible sur leur santé (dont surpoids et obésité) et celle de leurs parents : voir nombreuses publications des 20 dernières années sur l'expérience Fleurbaix et Laventie

⁴⁷ Disponibilité des aliments, densité calorique, prix, taille des portions, conditionnements alimentaires sous l'effet de la pression publicitaire ou de l'évolution des relations familiales et sociales.

⁴⁸ *Le microbiote intestinal : nouvel acteur de la nutrition ?* K. Clement, Cahiers de nutrition et diététique (2015) 50,5S8-5S15)

⁴⁹ OMS (2002), « Rapport sur la Santé dans le Monde 2002-Réduire les risques et promouvoir une vie saine ».

⁵⁰ Etude prospective portant sur une population de 900 000 adultes suivie 16 ans (Calle et coll., 2005) montrant que les sujets présentant une obésité morbide avaient un taux de décès supérieur de 52 % (hommes) à 62 % (femmes) par rapport à celui des sujets ayant un IMC dit normal.

⁵¹ The Lancet Diabetes and Endocrinology (2014), "Years of life lost and healthy life-years lost from diabetes and cardiovascular disease in overweight and obese people: a modelling study".

chiffres (3,5 années de vie perdues pour l'obésité modérée), de 4,5 années pour l'obésité sévère et 8 années pour l'obésité morbide)⁵².

[46] S'agissant de la morbidité associée, l'OCDE estime par ailleurs que les personnes souffrant d'une obésité sévère ont 60 fois plus de risque de développer un diabète de type 2 que les personnes à faible IMC. Quant au risque d'invalidité, l'organisation estime qu'il serait de 2 à 4 fois plus importante, les personnes obèses ayant souvent une qualité de vie médiocre. Dans une publication récente, les *centers for disease control and prevention* (CDC) américains considèrent pour leur part que le surpoids et l'obésité aux Etats-Unis joueraient un rôle dans 40 % des cancers diagnostiqués en 2014⁵³.

[47] En France, les données de l'étude ESPS (IRDES, 2012) ont permis à la direction générale du trésor⁵⁴ d'estimer des écarts de prévalence entre personnes obèses et population générale pour certaines maladies chroniques.

Tableau 3 : Prévalence de certaines pathologies en fonction de la catégorie d'IMC

Population	Diabète	Infarctus	HTA	Dépression	Lombalgie
IMC < 18,5	2 %	0 %	4 %	6 %	14 %
18,5 ≤ IMC < 25	3 %	0 %	7 %	4 %	16 %
25 ≤ IMC < 30	10 %	1 %	16 %	6 %	22 %
30 ≤ IMC	19 %	1 %	27 %	8 %	25 %
Pop générale	7 %	1 %	13 %	5 %	19 %

Source : ESPS 2012, calculs DG Trésor.

[48] Selon les mêmes sources, près de 32 % des personnes obèses souffrent d'une affection de longue durée (ALD) alors que dans la population générale, ce taux n'est que de 15 % en 2012. Inversement, les évolutions des ALD concernant le diabète et les troubles cardiaques⁵⁵, affections pour partie liées à l'obésité⁵⁶, ont été très dynamiques, leurs taux de croissance annuels moyens s'étant élevés à 7 % et 8,5 % entre 2005 et 2012. Cette croissance a même fait de l'ALD diabète la plus fréquente des affections, contribuant avec les maladies cardio-neuro-vasculaires à plus de 50 % de la croissance récente (2012-2014) des bénéficiaires d'ALD.

[49] Dans ses recommandations de 2011 « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », la HAS exprime le sur-risque de maladies cardio-métabolique en risque relatif (tab ci-dessous). D'après la HAS, une obésité maternelle en début de grossesse est par ailleurs associée à une augmentation de la mortalité fœtale, de la mortalité infantile dans la première année de vie. Elle augmente le risque de certaines anomalies congénitales (anomalies de fermeture du tube neural hydrocéphalie fente labio-palatine, anomalies cardio-vasculaires).

⁵² Réduction de l'espérance de vie (mortalité CV, cancers) 2 à 4 ans pour IMC 30-35 Kg/m et de 8 à 10 ans pour IMC 40-45 Kg/m Pischon et al. *NEJM* 2008; Flegal et al. *JAMA* 2007

⁵³ *Vital Signs: Trends in Incidence of Cancers Associated with Overweight and Obesity, United States, 2005–2014.* Steele CB, Thomas CC, Henley SJ, et al. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* ePub: 3 October 2017.

⁵⁴ Lettre TRÉSOR-ÉCO, n° 179, Sept 2016, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? »

⁵⁵ ALD n°5 " insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves et cardiopathies congénitales graves"

⁵⁶ L'accroissement de reconnaissance des cas d'ALD (de 664 822 en 1997 à 1 224 352 en 2013) est dû pour partie à l'apparition de nouvelles pathologies dues à l'augmentation de pathologies sévères (telles que l'obésité), à l'allongement de l'espérance de vie, au vieillissement de la population et à l'élargissement des critères de prise en charge à 100 % et, à l'augmentation de l'amélioration des techniques de dépistages des pathologies de la liste des ALD

Tableau 4 : Résultats issus de méta-analyses d'études de cohortes prospectives

prévalence chez IMC>35	risque relatif par rapport à la population non obèse	
	Homme	Femme
Cardiopathie coronarienne	1,7	3,1
HTA	1,8	2,4
AVC	1,5	1,5
Insuffisance cardiaque congestive	1,8	1,8
Diabète de type 2	6,7	12,4

Source : HAS, 2011

[50] Parmi les autres comorbidités, une place particulière est à faire aux troubles psychiatriques et aux addictions, à la fois fréquents dans la population des personnes obèses⁵⁷ et possiblement associés, quand non ou mal pris en charge, à une moins bonne évolution post-opératoire (troubles psychiatriques, altération de la qualité de vie, moindre perte de poids ou reprise excessive de poids à long terme en cas de trouble post-opératoire). Selon une revue de la littérature récente (voir tab ci-dessous), cette prévalence serait encore plus élevée chez les patients obèses candidats à la chirurgie bariatrique.

Tableau 5 : Prévalence moyenne des troubles psychiatriques en population générale et chez les candidats à la chirurgie bariatrique selon les données actuelles de la littérature

	Prévalence vie entière - population générale	Prévalence vie entière - personnes obèses candidats à la chirurgie bariatrique	Prévalence lors de l'évaluation candidats à la chirurgie bariatrique
Au moins un trouble psychiatrique	20 à 50 %	40 à 70 %	20 à 50 %
Troubles de l'humeur (épisode dépressif, trouble bipolaire, dysthymie)	10 à 20 %	20 à 50 %	10 à 30 %
Troubles du comportement alimentaire notamment hyperphagie boulimique	5 à 10 %	10 à 50 %	10 à 35 %
Troubles anxieux (principalement la phobie sociale, l'état de stress post traumatique et le trouble panique)	10 à 30 %	10 à 40 %	5 à 15 %
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité		20 %	10 %
Addictions aux substances	1 à 30 %	0,5 % à 35 %	0,5 à 2 %
Troubles de la personnalité		20 à 30 %	20 à 30 %

Source : Mission d'après données de la littérature (Compréhensive psychiatrie⁵⁸, La Presse médicale⁵⁹)

⁵⁷ Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Petry N, Barry D, Pietrzak R, Wagner J. Psychosom Med 2008;70:288-97.

⁵⁸ Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews, Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Compr Psychiatry 2014; 55:248-59.

⁵⁹ L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? Paul Brunault, Bénédicte Gohier, Pierre-Henri Ducluzeau, Céline Bourbao-Tournois, Julie Frammery, et al., La Presse médicale, Paris, Masson et Cie, 2015.

[51] « Le psychiatre a un rôle en première ligne dans la prise en charge des patients candidats à la chirurgie bariatrique avant et après l'intervention, qu'il existe ou non un antécédent ou une comorbidité psychiatrique. Le suivi psychiatrique après chirurgie s'intègre à une prise en charge pluridisciplinaire : systématique en cas de trouble psychiatrique préexistant, il recherchera et prendra en charge l'hyperphagie boulimique ou les troubles alimentaires atypiques, facteurs de mauvais pronostic, ainsi que les facteurs de risque suicidaire. Dans tous les cas, une psychothérapie de soutien sera proposée au patient afin qu'il soit accompagné dans les changements importants liés à la perte de poids »⁶⁰.

[52] L'évaluation préalable à la chirurgie permet de dépister une pathologie psychiatrique associée et de faire émerger ces traumatismes afin de mettre en lumière le lien qu'ils peuvent avoir avec la prise de poids. « Cette incapacité à lier les émotions et leur retentissement dans la vie du patient se retrouve fréquemment lors des entretiens. La particularité de la prise en charge psychologique provient de son caractère obligatoire, supposant de faire émerger une demande d'aide et de soutien plus volontaire, sur le long terme. L'entretien portera sur l'anamnèse détaillée, les mécanismes de défense mis en place, le retentissement passé et actuel de la prise de poids, la façon dont le patient se perçoit, ses liens familiaux et amicaux, etc. L'un des points principaux concerne l'image du corps »⁶¹.

[53] A cet égard, un des objectifs de l'évaluation préopératoire⁶² est de repérer les patients pour lesquels il existe une contre-indication, les troubles psychiatriques et addictologiques représentant plus de la moitié des contre-indications à la CB (troubles sévères et non stabilisés du comportement alimentaire, dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives, troubles cognitifs ou mentaux sévères, incapacité prévisible du patient à participer à un suivi médical prolongé; les trois autres grandes contre-indications étant l'absence de prise en charge médicale préalable, les pathologies mettant en jeu le pronostic vital à court et à moyen terme, et les contre-indications à l'anesthésie générale. Si ces contre-indications ont longtemps été tenues pour absolues et définitives, certaines peuvent être aujourd'hui considérées comme relatives ou temporaires, sous réserve de leur amélioration durable par une prise en charge appropriée. Outre de récuser les contre-indications absolues, l'évaluation doit donc permettre d'identifier et de prendre en charge précocement les troubles psychiatriques et psychopathologiques pouvant constituer des contre-indications temporaires, dans la mesure où ils constituent des facteurs de risque de moins bonne évolution post-opératoire en l'absence de traitement. Dans tous les cas, il est important d'effectuer un examen de la personnalité du patient et de ses capacités de compréhension avant de prendre la décision chirurgicale, pour s'assurer qu'il est capable d'être observant sur le long cours vis-à-vis des consignes de suivi post-opératoire. En complément de l'évaluation clinique de ces troubles, la passation d'auto-questionnaires avant la consultation peut être utile pour orienter l'entretien clinique vers les dimensions à explorer plus en détails.

⁶⁰ *Rôle du psychiatre dans la chirurgie bariatrique*, M. Brittner, P. Courtet, S. Guillaume, La Lettre du Psychiatre Vol. VIII n°1 - janvier-février 2012.

⁶¹ *Prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique*, revue Soins - no 811 - décembre 2016 Marie-Hélène Salamon-Dezaille, Psychologue, Christine Poitou-Bernert, Professeur des universités, praticien hospitalier.

⁶² Outre d'identifier les contre-indications à la chirurgie, le but de l'accompagnement est de clarifier les attentes du patient vis-à-vis de l'intervention, un écueil important étant "l'attente magique" d'une intervention vécue comme réparatrice. L'évaluation recommandée par l'HAS demande d'identifier les motivations du patient sur le court, le moyen et le long terme, d'évaluer ses connaissances sur sa maladie ; de déterminer son niveau intellectuel ; d'identifier les facteurs de stress psychosociaux et la qualité du soutien social et familial.

[54] Les addictions sont un sujet en soi. D'une part, il existe des similitudes entre certains troubles du comportement alimentaire (TCA) et le comportement addictif. « L'addiction est l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement malgré ses conséquences morbides, une dimension que l'on retrouve dans le comportement boulimique impulsif et incontrôlable. De surcroît, les TCA n'échappent pas au déni si fréquent dans les pathologies addictives. Les pertes de chance sont indéniables pour ces sujets qui, conscients de leur poids mais peu de leur addiction, pourraient pourtant bénéficier de traitement permettant de lutter contre le craving (binge eating) et chez lesquels une action précoce, adaptée et prolongée peut relancer les régulations comportementales mises à mal par les conduites excessives devenues addictives »⁶³. Une formation complémentaire des psychiatres et des psychologues des équipes pluridisciplinaire en addictologie est utile du fait de la vulnérabilité de ces patients aux addictions⁶⁴.

[55] D'autre part, s'il existe des addictions autres qu'alimentaire associées à l'obésité en préopératoire, on note l'émergence d'addiction en post-opératoire. Il s'agit pour certaines de transfert d'addiction : à l'addiction alimentaire moins possible avec la Sleeve ou le Bypass, le patient substitue une autre conduite addictive (alcool, mais également tabac, voire psychotropes) pour pallier les difficultés de la vie⁶⁵ avec des risques de complications du fait des modifications métaboliques induites par la chirurgie (plus grande toxicité des composés du tabac et de l'alcool avec risque de cirrhose accru⁶⁶).

1.3 L'obésité est aussi une maladie sociale, source de rejet et de stigmatisation

[56] L'obésité est une maladie sociale parce qu'elle impacte surtout les personnes les plus défavorisées, à la fois plus exposées et plus en difficulté pour accéder aux soins. Mais au-delà de leur niveau socio-économique, les personnes obèses sont victimes d'une stigmatisation sociale et de jugement moraux car jugées responsables, par leurs seuls comportements, de leur obésité. Le corps médical a également tendance à ramener les échecs thérapeutiques à un manque de volonté. Pour Jean-Pierre Poulain, professeur de sociologie ayant travaillé sur la dimension sociale de l'obésité⁶⁷, la stigmatisation repose sur un « système de représentations et de croyances » qui font de l'obésité un reflet des qualités morales de l'individu. « *S'il mange trop, c'est qu'il ne se contrôle pas. S'il ne se contrôle pas, peut-on lui faire confiance ?* », raisonnement qui transforme un constat médical en considération morale. « *L'obèse est un être sans volonté* » ; et l'obésité, un « facteur de risque auto-infligé » (d'après l'expression du réseau canadien en obésité). Un rapport récent du défenseur des droits et de l'Organisation internationale du travail (OIT) fait état d'une étude menée auprès de 1.000 demandeurs d'emploi âgés de 18 à 65 ans qui montre que les femmes obèses seraient huit fois plus discriminées en raison de leur apparence physique, que les femmes ayant un indice de masse corporelle dans la norme (pour les hommes, c'est trois fois plus).

⁶³ *Obésité : le point de vue de l'addictologue*, O. Cottencin, D. Guardia La Lettre du Psychiatre Vol. VIII n°1 - janv-fév 2012

⁶⁴ L'évaluation psychiatrique, psychologique et addictologique avant chirurgie bariatrique : que faut-il évaluer en pratique, pourquoi et comment ? Presse Médicale Paris, Masson et Cie, 2015, Brunault, P., Gohier, B., Ducluzeau, P.H., Bourbao-Tournois, C., Frammery, J., Réveillère, C., Ballon, N.

⁶⁵ Questionnement sur l'identité, anxiété, dépression, "la racine du mal" persistant malgré l'amaigrissement

⁶⁶ Une étude prospective menée en Suède auprès de 4047 personnes obèses (2010 patients opérés appariés à 2037 patients non opérés) fait apparaître des consommations plus élevées d'alcool et sa moindre élimination après chirurgie avec des risques multipliés par 2 de développer une addiction en cas de by-pass (Svensson Obesity 2013)

⁶⁷ Voir « *Sociologie de l'obésité : les mangeurs et l'espace social alimentaire* » ; Jean-Pierre POULAIN ; PUF (2009)

1.4 Après une forte progression dans les années 2000, la prévalence de l'obésité semble s'être stabilisée aux alentours de 17 % chez l'adulte

[57] En France, plusieurs sources permettent de suivre les évolutions de la prévalence de l'obésité :

- l'enquête déclarative ObÉpi auprès de personnes de 18 ans et plus⁶⁸ (jusqu'en 2012)
- la cohorte Constances⁶⁹ basée sur le recueil de données anthropométriques permettant la mesure de l'IMC auprès d'individu âgés de 30 à 69 ans (depuis 2013)
- l'étude nationale nutrition santé (ENNS)⁷⁰ basée sur des données anthropométriques permettant la mesure de l'IMC menée en 2006 et reconduite en 2014-2016 (Esteban).

Tableau 6 : Prévalence de l'obésité (IMC >30) chez l'adulte en France

Sources	1997	2000	2006	2012	2015
OBEPI	8,5 %	10,1 %	13 %	15 %	
Constances				15,8 % H, 15,6 % F	
ENNS- ESTEBAN			17 % (16,1 % H, 17,6 % F)		17,2 % (16,8 % H, 17,4 % F)

Source : Mission d'après les études OBEPI (1997, 2000, 2006, 2012), Constances (2012) et ENNS-ESTEBAN (2006, 2016)

[58] En forte augmentation entre 1997 et 2006⁷¹, la prévalence de l'obésité semble s'être stabilisée entre 16 et 17 % depuis une dizaine d'années, situant notre pays dans la moyenne basse des pays de l'OCDE dont les projections indiquent qu'elle atteindra 20 % en 2020 si la même tendance persiste. Compte tenu de la situation des adultes, on peut craindre un effet « boule de neige », l'obésité des parents constituant un facteur de risque supplémentaire pour les enfants.

Tableau 7 : Prévalence de l'obésité chez l'adulte en Europe

	Obésité en 2010	
	H	F
Royaume-Uni	26 %	26 %
Irlande	24 %	23 %
Grèce	20 %	20 %
Luxembourg	19 %	20 %
Espagne	19 %	16 %
Finlande	18 %	18 %
Autriche	17 %	17 %
Allemagne	17 %	13 %

⁶⁸ ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids

⁶⁹ Programme de recherche qui rassemble les données relatives à la santé de plus de 110 000 volontaires de 18 à 69 ans depuis 2012, tirés au sort et invités à passer un examen de santé dans un des 22 centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie

⁷⁰ Etude décrivant la situation nutritionnelle française (consommations alimentaires, état nutritionnel, activité physique) au regard des indicateurs du PNNS et de ses repères de consommation. Menée en 2006 et reconduite en 2014-2016 dans le cadre l'étude Esteban (Étude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition)

⁷¹ Hausse s'inscrivant dans une tendance mondiale de doublement du nombre de personnes obèses depuis 1980.

Portugal	16 %	18 %
Danemark	15 %	14 %
Suède	14 %	12 %
France	14 %	16 %
Italie	12 %	20 %
Belgique	12 %	15 %
Suisse	10 %	9 %
Pays-Bas	10 %	13 %

Source : UK Health forum for OMS

[59] Concernant à ce jour, en France, 7,6 millions de personnes (5,6 M d'obésité modérée, 1,3 M d'obésité sévère et entre 0,65 et 0,7 M d'obésité morbide), la prévalence de l'obésité est marquée par un fort gradient socioéconomique (elle décroît avec le niveau d'éducation et le revenu). Elle augmente avec l'avancée en âge et a tendance à concerner davantage les femmes que les hommes avec l'importance de l'IMC.

Tableau 8 : Prévalence de l'obésité globale et par IMC en population générale (18-74 ans) en 2015

	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide	Obésité toutes classes confondues
Prévalence dans la pop 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

1.5 La situation est particulièrement préoccupante dans les DOM

[60] Dans les DOM, la prévalence de l'obésité est de plusieurs points plus élevée que 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.

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

Tableau 9 : 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 2016⁷² et données Kannari 2013

[62] En Guyane, la prévalence de l'obésité était de 19 % en 2007. A Mayotte, les seules données retrouvées par la mission, qui datent également d'au moins 10 ans, font état de prévalence alarmante chez les femmes.

Tableau 10 : Prévalences de l'obésité chez les adultes en Guyane, à la Réunion et à Mayotte

	Guyane	Réunion		Mayotte	
		hommes	femmes	hommes	femmes
Enquête Podium 2007	18 %				
Enquête Reconsal 2002		8 %	20 %		
Enquête Nutrimay 2006				8 %	32 %

Source : Mission d'après enquêtes citées

[63] 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, ENNS 20007, Esteban 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 comme le montre le tableau suivant

Tableau 11 : Prévalences de l'obésité chez les enfants dans les DOM

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	Réunion	Mayotte	Métropole
5-14 ans (enq. Podium, 2007)	9,3 %	8,9 %	6,4 %			
3-15 ans (enq Kannari, 2013)	10 %					
Enfants grd sect.mat (PIES, 2013)				5,7 %		
Enfants de 6eme (PIES, 2013)				8,4 %		
5-14 ans (Plan obésité, 2011)					1,2 %	
Esteban 2015						3,9 %

Source : Mission d'après enquêtes citées

⁷² Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 et du plan obésité 2010-2013, F. Faucon, Voynet, C de Batz

1.6 Le coût social de l'obésité se traduirait en milliards d'euros

[64] La plus grande fréquence de pathologies chroniques parmi les personnes souffrant d'obésité entraîne une surconsommation de soins de santé. Tandis qu'elles représentent 17 % de la population⁷³, les personnes obèses représentent 22 % des dépenses de services et produits de santé en ville. Les coûts humains, sanitaires, sociaux et économiques associés sont considérables. Dès le début des années 2000, des études ont montré que les dépenses de soins liées à l'obésité dépassaient les 75 Md\$ aux Etats-Unis⁷⁴ (0,8 % du PIB estimé à 10 000 Md\$ en 2000). Plus récemment, l'Union européenne constate que les coûts annuels directs et indirects sont de l'ordre de 15 à 32 Md€ (0,3 % du PIB). L'obésité compterait pour 8 à 15 % de la charge de la maladie dans les pays industrialisés⁷⁵.

[65] En France, la CNAMTS estimait en 2008 que les dépenses liées à l'obésité représentaient 3 à 7 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, et qu'elles pourraient atteindre 14 % d'ici 2020⁷⁶. Un rapport IGAS/IGS⁷⁷ en 2008 situait le surcoût de l'obésité entre 5 et 14,5 Md€. Dans une publication plus récente⁷⁸, la direction générale du Trésor estime le coût social de l'obésité à 12,8 Md€ (0,6 % du PIB) pour 2012, incluant un surcoût hospitalier (3,7 Md€) et 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 à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail (5 Md€).

1.7 L'installation rapide d'une obésité de masse traduit l'échec relatif des actions de prévention primaire de l'obésité et les limites de son traitement médical.

[66] La prévention du surpoids et de l'obésité devait être une priorité nationale. Mais malgré son intérêt incontestable, 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 fondé sur une volonté politique durable ainsi que de la trop grande dispersion des actions et leur fragilité financière. A cet égard, le peu de formation des médecins⁷⁹, des personnels paramédicaux et des acteurs sociaux sur le sujet de l'obésité, et la difficulté de toucher les populations les plus précaires, pourtant parmi les plus concernées demeurent un défi.

[67] Le plan obésité (annexe 1) a donné une impulsion décisive pour la prise en charge de l'obésité sévère, notamment pour l'amélioration de l'offre de soins et du dépistage chez l'enfant et l'adulte. L'efficacité du plan tenait à son pilotage interministériel, sous l'autorité des services du Premier ministre, qui a permis d'assurer la participation des différents départements

⁷³ 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.

⁷⁴ Basdevant, A. L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé*, 21, (4), 57-64, 2008

⁷⁵ Rapport obésité et économie de la prévention, objectif santé, OCDE 2010.

⁷⁶ « L'impact économique de l'obésité », *Les Tribunes de la santé*, 2008/4 (n° 21), Basdevant Arnaud, p. 57-64.

⁷⁷ « Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxe nutritionnelle », Hespel.V, Berthod-Wurmser. M., Inspection Générale des Finances, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2008

⁷⁸ Lettre TRÉSOR-ÉCO, n° 179, Sept 2016, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? »

⁷⁹ Si les spécialistes de la nutrition se sont emparés du PNNS, la mission IGAS de 2016 (« évaluation du PNNS et du PO ») a pu constater que ce n'est pas le cas des médecins généralistes, les actions du PNNS ciblant directement la place du généraliste dans l'information nutritionnelle et la prévention n'ayant pas été mises en œuvre.

ministériels, de la CNAMTS, des ARS, et des associations, mais les actions de prévention sont restées les parents pauvres du plan.

2 LE REPERAGE STATISTIQUE DE L'OBESITE ET DE SA PRISE EN CHARGE SONT INSUFFISANTS POUR SUIVRE LES PERSONNES ET AMELIORER LA QUALITE DES SOINS

2.1 Le PMSI n'aborde que très indirectement l'obésité, mais il fournit en revanche des informations détaillées sur la prise en charge chirurgicale des personnes obèses

[68] L'Agence de traitement de l'information hospitalière (ATIH) qui collecte, héberge et analyse les données d'établissements de santé issues du PMSI ne renseigne que très indirectement sur l'obésité. Encore récemment, seules 3 classes d'IMC étaient codées 30-40, 40-50, 50+ (même groupe homogène de malades : code diagnostic principal = E66 (« obésité et surpoids ») avec une trentaine de sous-codes en fonction des comorbidités), ce qui limitait fortement la finesse des analyses. Depuis mars 2017, des catégories intermédiaires par classes de 5 plus fines ont été introduite par pallier cette carence et permet notamment l'étude de la chirurgie métabolique (patients avec un diabète et IMC <35)⁸⁰.

[69] Par ailleurs, seules les comorbidités lourdes sont codées alors que les séjours des obésités morbides sont connus pour être grevés de complications, sans valorisation majorée (financement). En revanche, l'ATIH permet de décrire de manière assez précise les actes de chirurgie bariatrique en activité, par technique, par type d'établissement, par territoire et par racines des GHM (10C09 et 10C13) sans pouvoir renseigner sur les actes amont et aval de la CB. En effet, elle ne recueille des informations que sur le séjour hospitalier du patient et ne peut pas chaîner les soins ville-hôpital. La CNAMTS est ainsi seule en mesure de répondre aux besoins d'analyse longitudinale via le SNDS⁸¹.

2.2 Venant en renfort des rares recueils de données épidémiologiques ciblant l'obésité, l'expérimentation Obépédia et la cohorte Constance offrent des possibilités de recherche intéressantes

[70] Comme évoqué plus haut, les données épidémiologiques sont pour la plupart issues de systèmes d'enquêtes n'ayant plus cours (ObEpi) ou limités en termes d'approche (la cohorte Esteban ne contient que 4000 personnes, la base ESPS de l'IRDES utilisée pour estimer le coût médico-économique de l'obésité en 2002 est déclarative et ne contient que 20 000 personnes).

⁸⁰ En s'assurant que l'IMC recueilli le soit partout sur la même base, c'est-à-dire qu'il correspond bien à la situation d'hospitalisation et non à l'IMC maximal atteint par le patient comme cela pourrait être parfois le cas d'après la CNAMTS (voir aussi comment aussi distinguer les cas possible d'IMC inférieur à 35 lors de réinterventions).

⁸¹ Géré par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, le Système national de données de santé permettra de chaîner : les données de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) ; les données des établissements de santé (PMSI) ; les causes médicales de décès (CépiDC de l'Inserm) ; les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - via la CNSA) ; un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire.

[71] Partant de l'enjeu que représente la santé des enfants /adolescents en situation d'obésité complexe à court, moyen et long terme et que le cumul de facteurs économiques, psycho-sociaux et familiaux favorise le plus souvent, un non recours aux soins ou un abandon assez fréquent de ceux-ci lorsqu'ils sont engagés, le Pr Maithé Tauber a produit dans les suites du plan obésité 2010-2013 un rapport détaillant *la séquence de prise en charge qui commence au sein des centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour aller jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé incluant les coopérations multidisciplinaires qui impliquent aussi bien l'hôpital que la ville* ». L'idée force de l'expérimentation OBEPEDIA est 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). Outre la perte de poids, les principaux objectifs de ce parcours sont de réduire les complications somatiques et psychologiques de l'obésité (investissement pour l'avenir), de limiter le recours à la chirurgie bariatrique chez les jeunes en valorisant le parcours médical et de favoriser l'insertion et réduire la stigmatisation.

[72] Sur cette base, la DGOS et le SG-CSO ont décidé de mener une expérimentation dans le cadre de l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Elle doit débiter d'ici la fin 2017 après sélection de 5 CSO expérimentateurs et finalisation des modalités de financement (fonds d'intervention régional qui doit notamment permettre un renforcement des moyens pédiatriques du CSO, la prise en charge et la coordination par les équipes de proximité, via des forfaits globalisés de prise en charge du parcours de l'enfant/adolescent). Prévue pour une durée de trois ans, le projet Obépédia concernera entre 30 à 50 enfants / adolescents par CSO la première année, puis entre 60 et 100 enfants par CSO la seconde année (inclusion 2ème cohorte). Chaque cohorte sera suivie 2 ans.

[73] Pour les adultes entre 18 et 69 ans, la cohorte Constances qui permet un recueil de données cliniques, anthropométriques, métaboliques⁸², notamment sur l'obésité a déjà permis de produire des données de prévalence sur l'obésité à la suite des études ObEpi (les sujets de Constance sont à 50 % en surpoids et 16 % sont obèses). Selon ses promoteurs, un autre objectif pourrait être de pousser la recherche en épidémiologie sur les obèses, adultes et enfants en suivant la trajectoire individuelle de chaque sujet incluant le cas échéant l'opération, ce qui permettrait notamment de faire des analyses médico-économiques (connaître le coût de l'obésité, son coût total, voire coût évitable si respect des indications CB et bon suivi post-opératoire, apprécier l'existence éventuelle de freins financiers à la prise en charge) et des recherches biomédicales en lien avec d'autres études de recherche (indicateurs pronostiques). Mais le faible nombre de personnes obèses opérées (200) dans la cohorte Constances relativise pour l'heure l'intérêt de son utilisation dans le cadre d'études portant sur la CB.

⁸² Dès l'inclusion d'un sujet dans la cohorte, toutes les données du SNIIRAM (historique jusqu'à 2008) sont intégrées, ainsi que diverses données sociales (état civil, revenus, origines géographiques, antécédents personnels, emploi et chômage ...).

2.3 La cohorte des personnes obèses opérées de la CNAMTS est à ce jour le seul dispositif qui suive en France des personnes opérées

[74] Le Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) couvre 56 M d'habitants et l'ensemble des établissements de santé. Un suivi de cohorte portant sur 18 477 malades ayant subi une première intervention de chirurgie bariatrique en 2009 (49 % anneau, 27 % by-pass et 22 % sleeve) a été mis en place à partir de cette base de données. Les personnes ont été identifiées en termes d'âge, de sexe, de type d'interventions et d'IMC (30-39, 40-49 et 50 et plus) et sur la consommation de soins de ville via la Classification Commune des Actes Médicaux. Ce suivi renseigne donc sur les consommations de soins des personnes opérées (remboursement des consultations et des prescriptions), sur les complications (chirurgicales, psychiatriques, nutritionnelles) et sur les décès (possibilité du détail de leur cause fin 2017 du fait de l'appariement au CepiDC⁸³).

[75] Outre de distinguer les causes dans la mortalité au long cours (liées à l'intervention, mort violente, maladie, suicide...), il sera possible de comparer ces taux de mortalité avec un groupe contrôle que la CNAMTS a constitué (adultes obèses hospitalisés, même IMC, même âge et sexe). La force de cette cohorte est d'être une base de données nationale, exhaustive sans perdus de vue contrairement aux études internationales et au registre SOFFCOMM (ni exhaustif ni suivi intégral). Outre que l'IMC a été limité à 3 classes jusqu'en mars 2017 (30-39, 40-49, ≥ 50), ses limites tiennent au codage des actes (exemple du « mini by-pass ou by-pass en oméga ») et des comorbidités (les affections de longue durée et le statut vital ne sont pas disponibles pour tous les régimes) ainsi qu'à l'absence de données socio-économiques (hors CMU-C), médico-sociales (hors hébergement en EHPAD) ou portant sur les résultats d'examens ou les facteurs de risque (pression artérielle, tabac, alcool...). Par ailleurs, les témoins utilisés dans cette cohorte à titre de comparaison statistique étaient plus sévères, ce qui limitait un peu la portée des analyses. Deux mesures récentes (ajustement sur insulinothérapie et exclusion des anneaux de l'analyse) doivent rendre les témoins plus comparables aux patients opérés (moins malades). Pour actualiser ses estimations, la CNAMTS a par ailleurs constitué une nouvelle cohorte des 45 000 personnes obèses opérées en 2015.

[76] Cependant, le SNIIRAM n'enregistre pas la qualité de vie, ni les soins non remboursés (diététiciens, psychologues, certains suppléments nutritionnels). Surtout, il ne permet pas de suivre de manière satisfaisante les plus jeunes qui ont peu de comorbidités traceuses. A cet égard, un projet de cohorte ouverte pour suivre plus spécifiquement les jeunes ayant subi une CB est par ailleurs à l'étude au sein de la CNAMTS sans avoir encore fait l'objet de déclinaison concrète. Cette cohorte serait très complémentaire avec l'encadrement des interventions sur les mineurs (87 en 2016) et pourrait être articulée avec l'avis d'entente préalable (en amont) ainsi que fournir des données sur la qualité de vie des opérées (retentissement en aval).

[77] Un lien pourrait être établi avec l'expérimentation Obépédia de jeunes avec traitement et un suivi médical intensif pour évaluer l'impact des prises en charge et apprécier, en comparant ceux qui seront finalement opérés avec les autres, pour déterminer ceux qui se porteront mieux.

⁸³ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales décès, Inserm

2.4 Le registre attendu de la SOFFCO-MM vise à améliorer les pratiques et le suivi postopératoire dans les prochaines années

[78] Après une première tentative infructueuse (due à un problème avec l'hébergeur et une perte des données encodées par les ES), ce projet de registre⁸⁴ annoncé pour 2018 repose sur la participation des chirurgiens affiliés à la SOFFCO-MM⁸⁵. Le cahier des charges initial était très ambitieux (avec score prédictif du patient), il a ensuite été revu avec pour objectif de s'en tenir à un corpus minimal de questions à réponses simples incluant des données de base : poids, taille, âge, sexe, comorbidités, n° finess de l'ES ; données correspondant aux temps pré opératoire (fibroscopie, évaluation nutritionnelle, psychologique, RCP, remise d'un document au patient, lettre médecin traitant...), opératoire (technique, score pour coter les complications...) et post opératoire (visite à 1 mois, poids/taille, événements et comorbidités type diabète, HTA, apnée du sommeil, carences...⁸⁶).

[79] Le champ temporel couvert par le registre est centré sur l'acte du chirurgien, ce qui ne permet pas de résoudre le problème des perdus de vue puisque ce n'est pas forcément le chirurgien qui assure le suivi post opératoire au-delà d'un mois. La HAS s'est engagée à chaîner les données PMSI afin de recouper avec les déclarations d'activité des chirurgiens mais le lien et le chaînage restent à construire, des autorisations CNIL étant notamment requises. En retour, le registre contribuera à l'alimentation des indicateurs pour l'assurance qualité et la sécurité des soins (IPAQSS).

[80] Pour sa part, la CNAMTS propose dans son rapport charges et produits 2018 (proposition 17) de rajouter une « brique » au registre en couplant données cliniques des professionnels et données de remboursement de l'Assurance Maladie afin que ce registre permette de développer des outils d'analyse de la pertinence et de l'efficacité de la chirurgie, de ses complications et de la qualité du suivi. Sur le plan de la méthode, la CNAMTS pointe également l'intérêt d'une évaluation de ce registre par rapport aux données nationales de sa base, pour s'assurer de la représentativité des patients opérés du registre et limiter le risque de perdus de vus.

[81] Au total, si ce projet de registre s'inscrit dans une démarche structurante pour les professionnels et répond à un souci de transparence (voir modèles étrangers annexe 6), il n'en est qu'à ses balbutiements et ne sera utilisable, dans une perspective de contrôle de qualité et de suivi des soins, que dans quelques années. A l'aune des constats de la mission, il conviendrait de mieux cadrer le projet, de structurer sa gouvernance et son pilotage en y associant les autorités publiques (HAS, CNAMTS, DGOS, DGS)

⁸⁴ Le coût de fonctionnement de la base, qui sera mutualisé avec d'autres, est estimé à un ETP de data manager + des vacations d'informaticien (un CHU est hébergeur de données agréé) soit 50 000 € / an (mais possiblement plus, en cas de développement et autres exploitations du registre envisagés).

⁸⁵ La mission n'a pas pu disposer d'informations fiables sur leur nombre

⁸⁶ Ultérieurement, le chirurgien pourra à son initiative créer une consultation supplémentaire dans la base

3 LA CHIRURGIE BARIATRIQUE EST UNE ACTIVITE EN PLEINE CROISSANCE DONT LE SUIVI ET LA REGULATION FONT GLOBALEMENT DEFAUT

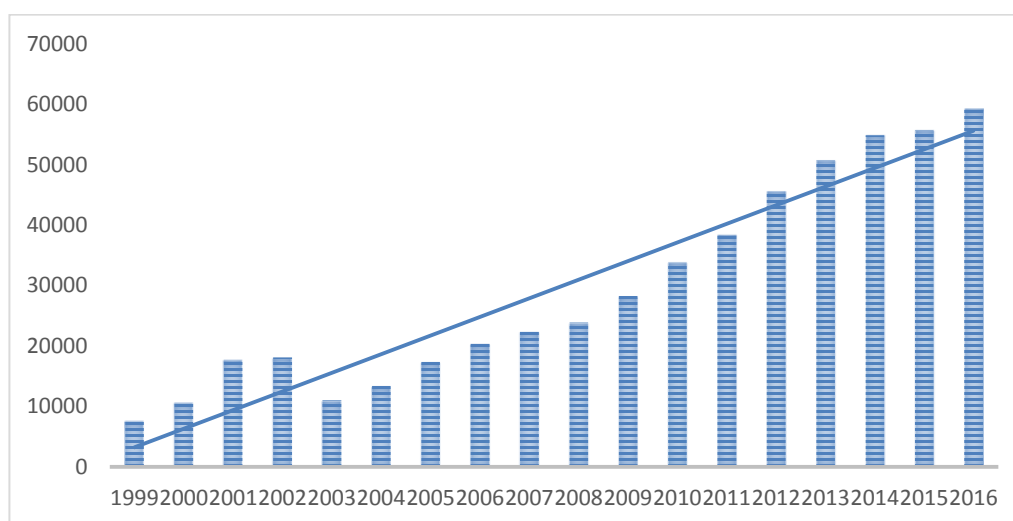
[82] L'obésité sévère et morbide fait peser un fort risque sur la santé en diminuant l'espérance et la qualité de vie. Réservée aux patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou bien avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie, après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit⁸⁷, la chirurgie bariatrique ou chirurgie de l'obésité est en ultime recours, le traitement le plus efficace pour perdre du poids et contrôler les comorbidités associées (complications métaboliques et liées au surpoids). Préconisée à dessein et bien suivie, c'est une intervention qui prolonge l'espérance et la qualité de vie (cf. 2). Les techniques opératoires sont multiples, mais en pratique, 3 interventions sont couramment pratiquées en France : l'anneau de gastroplastie ajustable, la sleeve gastrectomie, le by-pass gastrique qui ont, chacun, des avantages et des inconvénients, à évaluer au cas par cas.

3.1 En France, le recours à la chirurgie bariatrique connaît un essor fulgurant

3.1.1 Le nombre d'interventions a triplé dans les dix dernières années

[83] D'après la DREES qui a effectué un travail de synthèse récapitulatif à partir des bases PMSI à la demande de la mission, la chirurgie bariatrique connaît une hausse continue depuis l'introduction de la pratique en France à la fin des années 90. D'après ces exploitations, le nombre d'intervention a été multiplié par 20 entre 1997 et 2016, l'augmentation ayant été continue sauf entre en 2002 et 2003 où s'est produit une diminution brutale mais transitoire en lien des contrôles de l'assurance maladie.

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

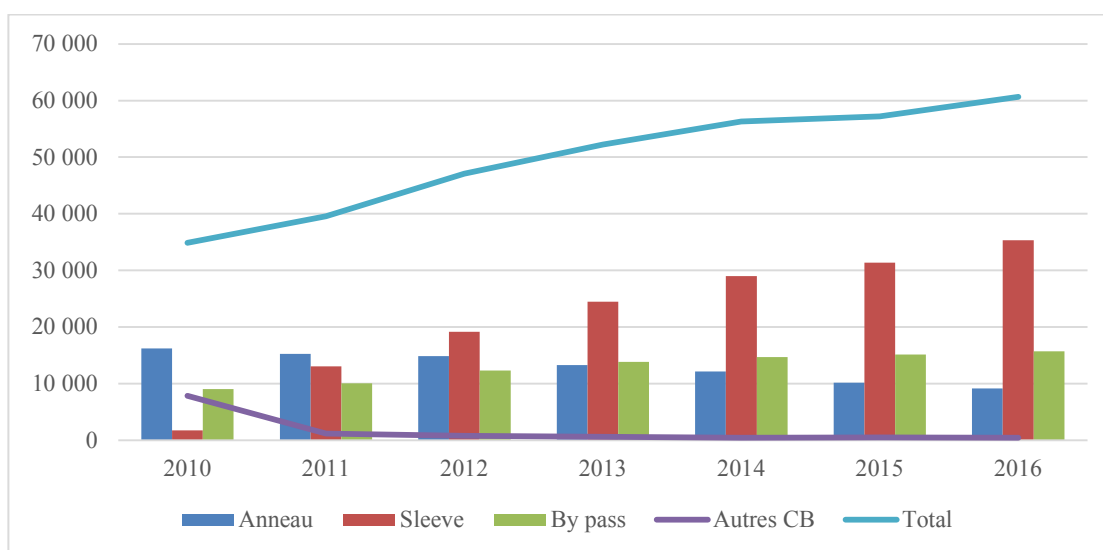


⁸⁷ Haute Autorité de Santé. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte Janvier 2009

[84] La stabilisation de la codification à partir de 2010 d'une part, l'introduction d'un code spécifique pour la sleeve gastrectomie et la montée en puissance de cette technique à la fin des années 2000 d'autre part, ont amené la mission à centrer son analyse sur la période 2010 en s'appuyant sur les données fournies par l'ATIH.

[85] D'après l'ATIH, on dénombre 60 670 interventions⁸⁸ de chirurgie bariatrique en 2016 (dont 99 % anneau, sleeve et by-pass), nombre qui a doublé depuis 2010 sous la poussée de la sleeve. Il semble toutefois que la hausse observée depuis plusieurs années s'atténue (depuis 2013, tous actes confondus, le taux de croissance moyenne est de 9 % contre 16 % entre 2004 et 2012).

Graphique 2 : Evolution des principaux actes de chirurgie bariatriques de 2010 à 2016



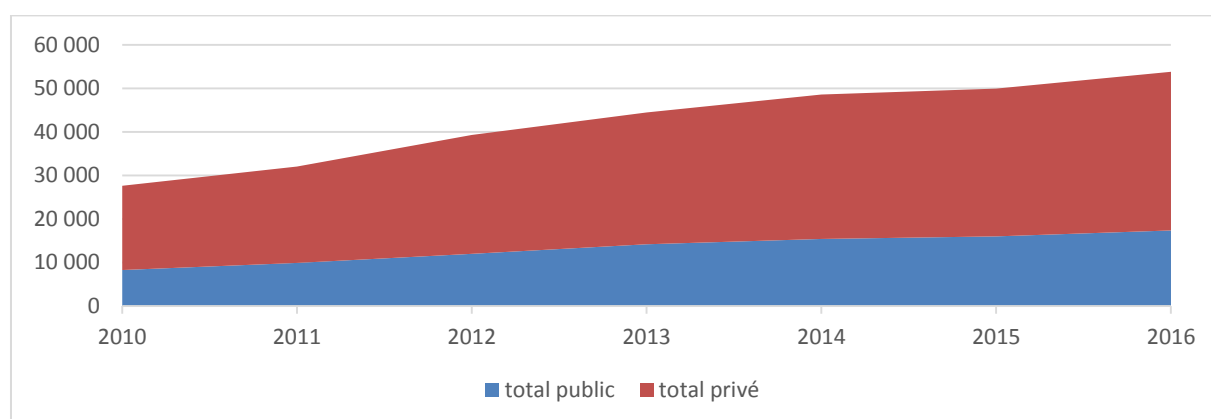
Source : Mission IGAS d'après données ATIH

[86] De 2010 à 2016, une évolution est observée dans le choix des techniques opératoires : on note une forte diminution de la pose d'anneau gastrique (de 32 % à 4 % du total annuel des interventions) ainsi que, dans une moindre mesure, du by-pass (de 33 % à 29 %) au profit de la sleeve gastrectomie qui connaît un essor remarquable (de 6 % à 66 %). Les tendances de répartition des techniques selon le statut public ou privé de l'établissement de santé sont stables depuis 2010, 82 % des anneaux et deux tiers des sleeves et des bypass étant réalisés dans le secteur privé.

[87] Malgré une légère poussée du secteur public (+2 %), ces actes sont majoritairement pratiqués dans le secteur privé (à but lucratif dans 90 % des cas) qui représente plus des deux-tiers des interventions en 2016 (contre 70 % en 2010).

⁸⁸ Incluant les actes de maintenance et repositionnement d'anneaux qui représentent entre 6000 et 7000 actes par an

Graphique 3 : Evolution des 4 principaux actes de CB public/privé de 2010 à 2016



Source : Mission IGAS d'après données ATIH

[88] Entre 2008 et 2016, les données de l'ATIH objectivent une hausse continue du nombre et de la part des 60 ans et + (de 4,1 % à 7,6 %), des super-obèses IMC > 50 (de 5,9 % à 8,6 %). L'estimation CNAMTS objective pour sa part un taux de CMUc à 17 %, très au-dessus de la proportion de CMU en population générale (10 %), une stabilisation des IMC > 50 à 10 % et une évolution vers les IMC < 39 (29 % vs 35 %) entre 2011 et 2015. Les mineurs opérés sont en nombre stable (116 vs 109) mais celui des 18-20 ans augmente (587 vs 712).

Tableau 12 : Répartition des types d'interventions de 2010 à 2016 public privé et France entière

PUBLIC	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anneau (1)	1 640	1 390	1 167	959	619	457	389
Sleeve	547	4 284	6 273	8 378	9 779	10 461	11 608
Bypass	3 141	3 587	4 134	4 624	4 880	4 947	5 246
Autre CB	2 925	625	400	210	115	118	105
Total public	8 253	9 886	11 974	14 171	15 393	15 983	17 348
PRIVE	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anneau (1)	7 310	6 358	5 854	4 564	3 810	2 462	1 902
Sleeve	1 212	8 765	12 899	16 094	19 191	20 920	23 728
Bypass	5 889	6 442	8 159	9 235	9 825	10 193	10 485
Autre CB	4 941	573	393	384	350	370	329
Total privé	19 352	22 138	27 305	30 277	33 176	33 945	36 444
TOTAL	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anneau (1)	8 950	7 748	7 021	5 523	4 429	2 919	2 291
Sleeve	1 759	13 049	19 172	24 472	28 970	31 381	35 336
Bypass	9 030	10 029	12 293	13 859	14 705	15 140	15 731
Autre CB	7 866	1 198	793	594	465	488	434
Total France	27 605	32 024	39 279	44 448	48 569	49 928	53 92

Source : Mission IGAS d'après ATIH (1) N'inclut pas les actes de maintenance et de repositionnement

3.1.2 Cette hausse du recours à la CB tient tant à l'échec de la prévention et aux limites de la prise en charge médicale qu'à l'accessibilité et à la sécurité accrues des soins chirurgicaux.

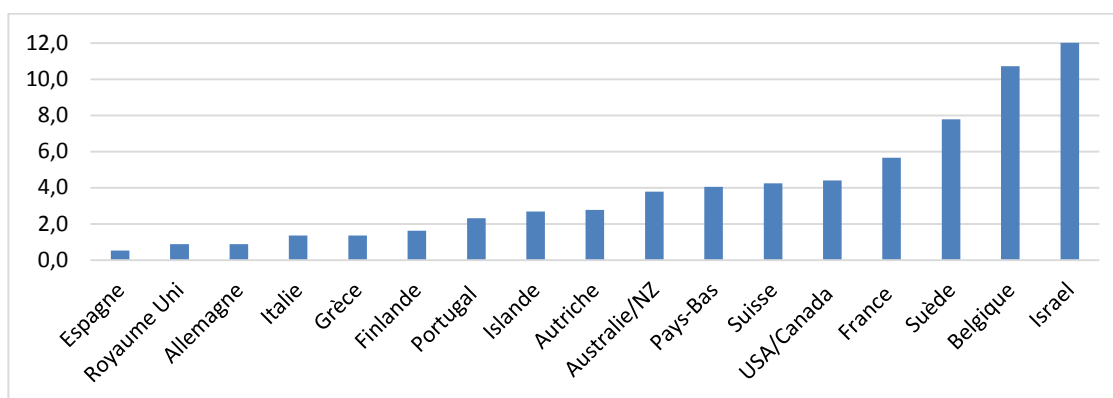
[89] L'augmentation du recours à la CB est imputable à plusieurs facteurs :

- L'augmentation de l'obésité, observée dans la plupart des pays, due à la combinaison d'une hausse de la prévalence de l'obésité par insuffisance de prévention primaire, dont une partie croissante évolue vers l'obésité morbide faute de repérage, de prise en charge et de traitement médical, le plan obésité ayant permis de transformer la prise en charge de l'obésité morbide dans le système de soins mais n'ayant pas eu les effets escomptés sur la prévention du surpoids ou l'accompagnement des obésités modérées (rapport IGAS 2016).
- Une offre (augmentation du nombre d'établissement et de praticiens faisant de la chirurgie bariatrique)⁸⁹ et une attractivité renforcées de la CB (prise en charge par l'assurance maladie, gain en qualité et en sécurité, meilleures accessibilité et acceptabilité), ne respectant pas toujours les indications et les contre-indications (1 % des patients déclarent une grossesse dans les suites péri-opératoire de la CB⁹⁰).

3.2 Ce niveau de recours est particulièrement important comparativement à d'autres pays, mais il est difficile de l'interpréter

3.2.1 On observe en France un taux de recours six fois plus élevée qu'en Allemagne ou au Royaume uni où l'obésité est pourtant plus importante

Graphique 4 : Taux d'interventions de chirurgie bariatrique pour 10000 hab en 2013



Source : Mission IGAS d'après article paru dans *Obesity surgery* ⁹¹

⁸⁹ 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).

⁹⁰ D'après l'HAS, la grossesse est possible après une intervention de chirurgie de l'obésité. Dans ce cas, un suivi nutritionnel très régulier est nécessaire, depuis le désir de grossesse jusqu'à plusieurs mois après l'accouchement. Néanmoins, par précaution, il est recommandée d'attendre que le poids soit stabilisé (12 à 18 mois) et que l'état nutritionnel soit vérifié

⁹¹ 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].

[90] Dans l'article dont est issu l'histogramme ci-dessus, des auteurs se livrent à une synthèse comparative des interventions de CB dans le monde. Il en ressort les éléments suivants

[91] En termes de volume d'activité, 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 fortes disparités selon les pays. Ainsi, des travaux objectivent en 2013 des taux de: 160 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 même⁹² mais les formes morbides plus importantes) ; en notant que, dans ces deux pays, le recours à la CB est contingenté ou non remboursé. Il est de 0,5 en Espagne, où l'obésité est aussi importante qu'en France⁹³.

[92] En termes d'évolution des techniques opératoires, les principales tendances observées en France depuis 2009 (retrait de l'anneau, au profit net et croissant de la sleeve gastrectomie) sont également décrites en Europe et en Amérique du Nord.

Tableau 13 : évolutions des techniques opératoires en Europe de 2003 à 2013

Europe	2003		2008		2011		2013		variation de 2008 à 2013
By-pass	3 744	11 %	26 023	39 %	49 050	43 %	47 807	38 %	84 %
Sleeve	0	0 %	4 677	7 %	31 418	28 %	46 602	37 %	896 %
Anneau	21 496	64 %	28 843	43 %	20 044	18 %	18 817	15 %	-35 %
BPD/DS	2 061	6 %	3 270	5 %	2 331	2 %	1 651	1 %	-50 %

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

Tableau 14 : évolutions des techniques opératoires en Amérique du nord de 2003 à 2013

EU et Canada	2003		2008		2011		2013		variation de 2008 à 2013
By-pass	87 550	85 %	112 200	51 %	47 791	47 %	54 420	35 %	-51 %
Sleeve	0	0 %	8 800	4 %	19 486	19 %	67 021	43 %	662 %
Anneau	9 270	9 %	96 800	44 %	27 630	27 %	15 523	10 %	-84 %
BPD/DS	4 635	5 %	2 200	1 %	7 700	8 %	1 520	1 %	-31 %

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

⁹² Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants Lancet 2016; 387: 1377-96

⁹³ Au dire d'experts, ce fort contingentement d'accès à la CB induirait des pertes de chances très importantes

3.2.2 S'il peut s'expliquer, il est cependant difficile d'interpréter ce taux de recours

[93] 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.

[94] 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 CB. D'après la CNAMTS⁹⁴, 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 bariatrique⁹⁵.

[95] 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 comorbidités⁹⁶, non-respect des délais préopératoires ou des contre-indications), mais les outils de contrôles manquent pour appréhender l'importance réelle de ces pratiques. On peut cependant considérer qu'elles ne sont pas anecdotiques, au regard des effets des contrôles OCNAMTS observés dans le passé et, plus récemment, des taux de refus de prise en charge dans la trentaine d'établissements⁹⁷ mis chaque année sous accord préalable (MSAP). Ce taux s'est élevé à 29 % en 2016 (annexe 3, tab 24).

[96] Inversement, il existe des zones de besoins (dont l'importance est également non chiffrable) 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 qui peuvent être à l'origine d'une perte de chance (annexe 6).

[97] Si on ne peut faire la part entre sur et sous-indications, on peut cependant dire 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 2016). Il n'en reste pas moins que les différences très importantes avec des pays comme Israël, ou a contrario comme le Royaume-Uni, l'Allemagne ou l'Espagne interrogent, notamment en termes d'interprétation de la balance bénéfice risque (et de pertes de chance potentiellement induites par les restrictions d'accès à la CB dans ces trois derniers pays).

⁹⁴<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>

⁹⁵ 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).

⁹⁶ 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

⁹⁷ Il s'agit d'établissements ciblés sur la base d'indicateurs de risques (cf. annexe 3 - § 3.2.2.2.).

3.3 La chirurgie bariatrique se développe en l'absence d'alternatives médicales à court / moyen termes

3.3.1 Le suivi et la prise en charge médicale de l'obésité sont compliqués par le manque de compétences et de coordination mais aussi par l'absence de stratégie institutionnelle dédiée

[98] Les stratégies de prise en charge de l'obésité devraient tenir compte de toutes les dimensions de la pathologie et se construire au cas par cas. La prise en charge de cette maladie chronique ne se conçoit que sur le long terme, en associant intervention diététique, pratique régulière d'une activité physique⁹⁸, prise en charge psychologique, traitements pharmacologiques, voire si besoin chirurgie de l'obésité mais également éducation thérapeutique. Elle vise la perte de poids et le traitement des comorbidités, mais également la stabilisation pondérale et la prévention de la reprise de poids.

[99] D'après le Pr Basdevant, le médecin traitant est le pivot naturel du système. Connaissant le patient et son entourage, il est le mieux placé pour coordonner le dépistage et les soins avec une attention particulière à la tranche d'âge 25-34 ans et aux personnes issues de milieux défavorisés (surtout pour les femmes). Mais outre une formation sur le sujet, cela suppose une implication personnelle et du temps valorisé (éducation, suivi nutritionnel et activité physique). Avant même que l'obésité se complique, le généraliste doit prendre en charge le patient au-delà des seuls impératifs d'amaigrissement et d'activité physique. Il doit en particulier traiter les symptômes (ex. incontinence urinaire et troubles respiratoires / apnée du sommeil), les aspects psy (ex : dépression) ... et soulager les patients pour qu'ils puissent se concentrer sur la perte de poids, difficile à obtenir faute de moyens efficaces⁹⁹. Tant que les symptômes sont sans conséquences, le médecin traitant peut suivre. C'est seulement s'il y a aggravation qu'un spécialiste doit prendre le relais, notamment un endocrinologue. Le médecin traitant a besoin de soutien et doit savoir à qui s'adresser pour relayer son action : recours à un diététicien, aux moyens de transport urbains adaptés, aux activités sportives. Ce qui peut être résumée par un besoin d'aide clinique en ligne et d'accès à des informations sur des ressources sociales locales. Ces solutions valent aussi pour le diabète et pour de nombreuses maladies chroniques.

[100] A cet égard, les acteurs rencontrés par la mission confirment que le médecin généraliste n'a pas le temps de s'occuper de l'obésité en plus de ne pas bien comment s'y prendre. Le Pr Attali qui représente le collège des médecins généralistes au sein des récents travaux de l'académie de médecine (présenté plus loin) sur la prise en charge des personnes opérées par CB plaide cependant pour une prise en compte systématique de l'avis du médecin traitant en amont de la chirurgie (indications, contre-indications, niveau de compliance). L'envoi par l'établissement de santé d'un courrier type au médecin traitant (comme la mission l'a par exemple vu dans les CSO de Lille et de Nancy) a pour double intérêt de le sensibiliser au problème et de le responsabiliser dans le suivi (recueil des indications, des contre-indications, de l'IMC, des problèmes aggravants (troubles psychiques, addictions).

⁹⁸ Inscrite dans le code de la Santé publique (article L. 1172-1) avec la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, l'activité physique adaptée peut faire l'objet d'une prescription médicale remboursée en vue de prévenir et réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liées à certaines maladies chroniques (29 ALD).

⁹⁹ 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)

[101] Cette proposition figure dans le rapport sur le thème de la CB de l'académie de médecine¹⁰⁰, élaboré sur la base d'observations de terrain (un an d'enquête auprès des chirurgiens, des médecins généralistes et des patients), dont les constats ont amené à faire des propositions à la fois consensuelles (médecins, chirurgiens, patients, sociétés savantes, CNAMTS) et opérationnelles (voir présentation plus complète en § 5.1.5) ; parmi celles-ci la demande d'actualiser les recommandations de la HAS¹⁰¹ en insistant sur la place légitime du médecin traitant dans le suivi pré (avis) et post op (repérage des complications psy et somatique à moyen long terme).

[102] Dans ce schéma, les médecins nutritionnistes, insuffisamment nombreux au dire des experts, seraient mobilisés en deuxième intention pour prendre en charge les troubles graves du comportement alimentaire, les obésités sévères ou très précoces, les obésités complexes (syndrome des apnées du sommeil, diabète, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque...).

[103] Quel que soit le niveau de la prise en charge, celle-ci est enfin censée pouvoir s'appuyer sur des réseaux et des compétences professionnelles globalement difficiles à mobiliser dans la pratique. En plus d'être trop peu nombreux, les réseaux de santé connaissent souvent d'importantes difficultés de mise en place (financement, mobilisation des médecins libéraux...).

[104] La place des diététiciens, reconnue par tous les consensus d'experts, est insuffisante. Leurs actes ne figurant pas à la nomenclature, ils ne sont pas remboursés aux patients qui consultent en secteur libéral. Ce constat s'applique aussi pour les psychologues qui pourraient pourtant avoir un large champ d'activité. De même, les kinésithérapeutes et les éducateurs sportifs ne sont pas suffisamment sollicités pour remettre en mouvement les personnes sédentaires. Si de nouveaux métiers ont vu le jour dans ce domaine (professionnels de l'activité physique adaptée), de nombreuses personnes ne peuvent cependant pas faire appel à eux, en l'absence de prise en charge par l'assurance maladie.

[105] 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 (fonction de coordination, délégation de tâches dans les CSO de la Salpêtrière, de Lille ou de Nancy à l'hôpital, suivi au domicile en ville.). La fédération nationale des infirmiers cite pour sa part le HCAAM qui met en avant le rôle de coordination d'appui clinique de proximité (différent de celui de synthèse clinique assurée par le médecin) qui peut être assuré par l'infirmier en libéral.

[106] D'après le CNAO, les pharmaciens devraient pouvoir plus intervenir dans l'accompagnement (suivi, ETP), tout comme les sages-femmes pourraient 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.

[107] A ces défauts de prise en charge adaptée, faute de professionnels effectivement disponibles, s'ajoute l'absence de stratégie institutionnelle dédiée. Hormis les documents produits par la HAS et des mentions dans le PNNS, l'obésité ne fait pas l'objet d'un traitement spécifique de la part des administrations publiques ; elle reste essentiellement vue comme un déterminant de santé (PNNS) ou appréhendée sous l'angle de ses comorbidités (HTA, diabète). Le plan obésité a eu le mérite d'impulser une dynamique et de poser les jalons d'une prise en

¹⁰⁰ Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique", 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)

¹⁰¹ Critères de qualité. Surpoids et obésité de l'adulte : repérage en premier recours (janvier 2013)

charge organisée (notamment avec les CSO). Mais avec son achèvement et la non-reconduction des instances de pilotages inter-directionnelles et interministérielles qui accompagnaient sa mise en œuvre, cette dynamique semble s'être essoufflée. De fait, l'approche institutionnelle de l'obésité est plus « mosaïque » que stratégique, chacun envisageant le sujet à l'aune de son périmètre d'action sans coordination réelle avec les autres acteurs.

[108] La DGOS s'occupe essentiellement des questions d'offre de soins, la HAS de processus qualité et de sécurité des soins bariatrique, la DGS de déterminant de santé et de comorbidité associés, les ARS n'intégrant pour leur part le sujet dans le PRS qu'en tant qu'objectif de prévention, le plus souvent inclus dans les problématiques de diabète. Seule la CNAMTS paraît avoir le souci d'une vision globale, consciente des liens entre les différentes problématiques (prévention primaire et secondaire de l'obésité, 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 de la problématique (alliant connaissances épidémiologiques, formations des intervenants, informations des patients, contrôle et suivi des procédures).

3.3.2 La quasi-absence de médicaments contre l'obésité est un élément de complexification de la prise en charge médicale qui peut orienter vers la solution chirurgicale

[109] Dans certains cas d'obésité commune, 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 sur le système nerveux central ou le système cardio-vasculaire¹⁰². Au début des années 2000, les médicaments anorexigènes et les inhibiteurs des lipases pancréatiques constituent les seules classes thérapeutiques disponibles (sibutramine-Sibutrol®, et orlistat-Xénical® ou Alli®).

[110] D'après les recommandations spécialistes (professionnels, ANSM), ces médicaments ne doivent pas être utilisés de façon isolée mais faire partie d'une prise en charge globale. Leur rôle est de faciliter la perte de poids en favorisant la stabilité pondérale à moyen terme. Ils sont prescrits pendant plusieurs mois chez les sujets répondeurs. L'arrêt du traitement s'accompagne d'une reprise de poids.

[111] Après l'abandon de la Sibutramine® en 2010¹⁰³, la seule spécialité disponible en 2015¹⁰⁴, Xenical® 120mg, est soumise à prescription médicale et réservée à l'adulte avec un IMC entre 28 et 30 kg/m² associé à des facteurs de risques ou IMC supérieur ou égal à 30 kg/m². Il doit être associé à une alimentation et à un programme d'exercices appropriés. Ces mesures sont destinées à modifier durablement les habitudes alimentaires du patient afin que les effets du médicament sur le poids soient maintenus bien au-delà du traitement. L'efficacité de l'Orlistat® est modeste (après 1 an de traitement, 20 % des patients traités avaient perdu au

¹⁰² Après les crises sanitaires de l'Isoméride® et du Médiator®, les réticences se sont installées face à la mise sur le marché de nouveaux traitements anti-obésité. Le Rimonabant a été suspendu en novembre 2008. En avril 2015, l'ANSM s'est prononcée contre la commercialisation du Mysimba, un traitement amaigrissant proche des amphétamines.

¹⁰³ Du fait du risque de complications cardiovasculaires et d'une efficacité modeste, l'Agence européenne des médicaments (EMA), suivi par l'ANSM a recommandé la suspension de son autorisation de mise sur le marché.

¹⁰⁴ En mars 2015, deux médicaments ont obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne dans l'indication obésité avec facteurs de risque cardiométaboliques : le Mysimba® et le Saxenda®. En avril 2015, l'ANSM s'est prononcée contre la commercialisation du Mysimba®, en précisant que le Saxenda était plus efficace pour lutter contre l'obésité.

moins 10 % de leur poids). Les effets indésirables sont essentiellement d'ordre digestif de la simple gêne abdominale à l'atteinte hépatique sévère¹⁰⁵.

3.3.3 La recherche et les innovations thérapeutiques ne permettent pas, à court et moyen terme, d'envisager des alternatives à la prise en charge chirurgicale des patients obèses sévères et morbides.

[112] Dans la gamme des moyens d'action contre l'obésité, trois types d'intervention, de nature différentes, méritent intérêt sans pouvoir constituer une réponse à court terme : une voie thérapeutique prometteuse (microbiote intestinal) ; une intervention chirurgicale (endoplicature gastrique) ; une solution d'attente (ballonnet intragastrique).

*Microbiote intestinal*¹⁰⁶

[113] Les facteurs à l'origine de l'obésité comprennent entre autres le mode de vie, les facteurs génétiques/épigénétiques, hormonaux et neuronaux. Chez la souris, la flore microbienne pourrait jouer un rôle dans le développement de l'obésité et des comorbidités associées. Mais le grand nombre de facteurs impliqués dans la modulation de la flore chez l'homme ne permet pas de dire pour le moment si le microbiote intestinal est une cause ou une conséquence de l'obésité. De grands projets internationaux devraient permettre de progresser dans la connaissance du microbiote, de ses effets sur la santé et de son rôle potentiel dans certaines pathologies du métabolisme. A cet égard, la chirurgie bariatrique constitue un modèle de recherche pour la compréhension des mécanismes de l'obésité et ses complications, notamment en évaluant la cinétique des modifications de la flore microbienne dans la perte de poids ou dans l'amélioration des comorbidités en fonction du type de chirurgie bariatrique.

*Endoplicature gastrique*¹⁰⁷

[114] La plicature "interne" de la cavité gastrique consiste à suturer la cavité gastrique de l'intérieur, par les voies naturelles (endoscopie de l'estomac), de sorte à plus ou moins reproduire la classique sleeve gastrectomie (certains l'appelle d'ailleurs "endoscopic sleeve gastroplasty"). S'il est prématuré de se prononcer formellement sur l'efficacité de la technique, faute de recul (quelques centres expérimentés en Espagne, et aux USA, et peu de patients inclus), les résultats préliminaires semblent à la fois meilleurs en terme de perte de poids (plutôt 20 % que 15 % de perte de poids total), plus sûrs (absence de complication sérieuse rapportée jusqu'à présent) et plus durables (18 mois) par rapport aux techniques endoscopiques "courantes" comme le ballon gastrique, implanté habituellement pour 6 mois. Technique à suivre, donc, parce que simple, peu risquée et relativement efficace au moins à moyen terme dans le traitement de l'obésité même si encore couteuse.

Ballonnet intragastrique

[115] Il s'agit d'un dispositif provisoire (6 mois) destiné à modifier les habitudes alimentaires des patients obèses. Placé sous endoscopie ou parfois avalé, ce ballonnet entraîne une réduction du volume gastrique et donc une sensation plus rapide de satiété d'où un amaigrissement. Cet effet persisterait à moyen terme chez au moins un tiers des patients répondeurs. La perte de

¹⁰⁵ Cf. information ANSM en 2011 sur le risque d'atteinte hépatique lié à la prise d'orlistat, rare mais potentiellement grave.

¹⁰⁶ Quels liens entre microbiote et obésité ? , Pr Karine Clément JABD - 1 février 2013

¹⁰⁷ Endoscopic sleeve gastroplasty: how I do it? Lopez-Nava G, et al. Obes Surg. 2015(8) ; 25: 1534-8.

poids induite par le ballon semblerait renforcer la motivation des patients qui doivent poursuivre un suivi multidisciplinaire ayant pour objectif la modification des habitudes alimentaires et comportementales¹⁰⁸. Ce traitement est indiqué chez des patients en préparation de chirurgie, ou avec obésité modérée/sévère présentant des risques médicaux ou n'ayant pu parvenir à une perte de poids durable après programme d'amaigrissement ou ne pouvant subir une chirurgie de l'obésité. Dans tous les cas, on doit associer un régime alimentaire sous surveillance médicale et un programme de modification comportementale destiné à maintenir la perte de poids.

[116] Le ballonnet est mis en place sous anesthésie générale après avoir éliminé les contre-indications à la pose d'un tel dispositif¹⁰⁹. Outre les complications liées à l'anesthésie ou l'endoscopie, il peut induire inconfort gastrique, nausées et vomissements dans les premiers jours, obligeant à fractionner les repas et à modifier temporairement leur alimentation. Il peut entraîner l'apparition de lésion gastrique ou obstruer l'œsophage (imposant le retrait du dispositif). Il peut aussi entraîner des infections.

3.3.4 La chirurgie réparatrice, sujet important mais non exploré par la mission

[117] Importantes pour des raisons esthétiques, fonctionnelles et psychologiques, et proposées après stabilisation de la perte de poids 12 à 18 mois post CB en l'absence de dénutrition, ces interventions pourraient poser des questions d'accès et financement (pas très bien prise en charge par l'AM¹¹⁰). A titre d'illustration, pour les trois trimestres de 2017 (source ScanSanté, 28/09/2017) le nombre des dermo-lipectomies post CB s'élevait à plus de 7000, ce qui situerait l'activité annuelle aux environ de 10 000 actes, soit une personne opérée sur 5... D'après le président de la SOFFCO-MM, 50 % des patients pourraient en bénéficier mais il confirme que seuls 20 % y ont accès en précisant que la moitié de l'activité concernerait l'abdomen.

[118] Cependant, la mission n'ayant pu instruire ce sujet faute de temps et de méthode appropriée (milieu des chirurgiens plastiques, délais, complexité de la nomenclature pour identifier les actes liés à la CB), celui-ci devrait faire l'objet d'une exploration spécifique.

¹⁰⁸ Vianna Costil, communication pour l'association française de FMC en hépato-gastro-entérologie, Post'U 2014.

¹⁰⁹ Certains ballonnets sont conçus pour être avalés dans une gélule de gélatine et gonflés au gaz sans endoscopie ni sédation

¹¹⁰ D'après le Dr Dargent, président de la SOFFOMM, la composante esthétique n'est pas toujours remboursée.

4 FAISANT APPEL A UN ENSEMBLE DE TECHNIQUES DE COMPLEXITE ET DE NIVEAU DE RISQUE VARIABLES, LA CHIRURGIE BARIATRIQUE A FAIT MONTRE DE SON EFFICACITE

4.1 Des techniques opératoires avec des niveaux de risque et d'efficacité spécifiques dont le choix semble largement opérateur dépendant

4.1.1 Se différenciant par leur caractère réversible ou non, leur taux de succès et pour partie, par leurs indications, les techniques en vigueur ne font pas toutes l'objet d'un consensus

[119] Comme indiqué en partie 2, les techniques de chirurgie bariatrique sont multiples, mais en pratique, trois interventions faisant l'objet d'un consensus de principe au sein des recommandations HAS sont couramment pratiquées en France, essentiellement par coelioscopie : l'anneau de gastroplastie, la gastrectomie sleeve, le by-pass gastrique. Ces techniques entraînent une reprise de poids dont le patient doit être informé ainsi que des taux de complications et de réinterventions associés (5 à 20 %) :

- L'anneau est une intervention simple, réversible, induisant une perte de poids modérée avec une fréquence de complications et d'échecs considérée à long terme comme plus importante¹¹¹ (devenir de la prothèse). Il s'agit d'une ceinture en silicone plus ou moins remplie pour ajuster la restriction alimentaire via un réservoir accessible par ponction percutanée. En forte désaffection, l'anneau est surtout proposé comme intervention de première intention (notamment, 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'échecs. Parmi les causes possibles de cette désaffection, les chirurgiens évoquent la moindre efficacité sur la perte de poids et les comorbidités, la fréquence plus importante du taux de ré-intervention à 5 ans, et les contraintes de maintenance. Cependant, ce choix ne serait pas fait partout (notamment en Australie, où une étude de cohorte prospective¹¹² a conclu, pour un moindre risque associé, à l'efficacité comparable à long terme en terme de perte de poids de cette technique par rapport aux autres, ni aux Etats Unis qui connaîtraient un regain d'intérêt pour cette technique en partie pour des raisons assurantielles). En France, certaines équipes (CSO La Sauvegarde) 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 brillance¹¹³, système d'astreinte médicale, modèle économique).

¹¹¹ Natural history of adjustable gastric banding: lifespan and revisional rate, a national study on administrative data on 53000 patients, A. Lazzatti and al., Annals of surgery, volume 265, N°3, March 2017.

¹¹² Long-Term Outcomes After Bariatric Surgery: Fifteen-Year Follow-Up of Adjustable Gastric Banding and a Systematic Review of the Bariatric Surgical Literature, O'Brien, P and al., Annals of Surgery, January 2013 – vol. 257 - Issue 1 - p 87-94

¹¹³ 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).

- Le bypass associe restriction et court-circuit gastriques (dérivation gastro-jéjunale ou bypass gastrique). Si ces 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 est plus complexe à réaliser avec des risques de carence (par malabsorption et défaut d'apport) justifiant la prise de suppléments vitaminiques au long terme. Bénéficiant d'un recul de plusieurs dizaines d'année, 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 appelé by-pass en oméga (« mini-bypass ») qui ne figure pas 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 reprécise actuellement le code du by-pass pour en exclure toute possibilité de « mini-bypass »). Présentée comme plus rapide par ceux qui la pratiquent, cette technique est soupçonnée par ses détracteurs de favoriser des complications graves (cancer gastrique).
- Connaissant un essor fulgurant depuis quelques années, la gastrectomie sleeve est une restriction gastrique irréversible d'apparition plus récente avec de bons résultats à moyen terme (mais inconnus à long terme) sur le poids et la réduction des comorbidités. Corrélié à son impact rapide sur la perte de poids et sur les comorbidités, 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 en font une technique de choix. 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-œsophagien¹¹⁴ associés (N Sleeve) en facturant d'une pièce le tout à l'assurance maladie.

4.1.2 Le choix des techniques semble pour beaucoup relever des établissements de santé et des chirurgiens, posant la question de l'information du patient et de sa marge de détermination

[120] Selon la CNAMTS, les disparités de techniques chez les opérés sont trop grandes pour être expliquées par les profils de patients. La disparité serait grandement due à l'histoire des pratiques avec disparité régionale liée à l'effet centre (Montpellier, « école » de la sleeve, Bretagne, du by-pass, anneau, de Lyon). Malgré la diminution du recours à l'anneau, les différences entre régions persistent avec de franches différences entre sleeve et bypass (cf. annexe 3). 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 l'HAS. 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

¹¹⁴ La persistance (ou l'apparition) d'un reflux étant particulièrement marquée avec ce type d'intervention (en plus d'avoir un IMC élevé et de recevoir un traitement antidépresseur : Do sleeve gastrectomy and gastric bypass influence treatment with proton pump inhibitors 4 years after surgery ? A nationwide cohort. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Nocca D, Millat B, Fagot-Campagna A. Surg Obes Relat Dis. 2017 Jun;13(6):951-959.

pédagogique et niveau de précision sont en revanche variables d'un endroit à l'autre. Le travail de l'analyse des dossiers réalisé dans le cadre de 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.

4.1.3 Les taux de réinterventions varient fortement selon les techniques

[121] Sur la période 2008 à 2016, les données de l'ATIH montrent que 5 % des patients opérés en France ont été réopérés (15 615/306 143), ce qui est proche des estimations internationales (7 %). Deux tiers des réinterventions ont lieu avant 5 ans. Très variable selon la technique, ce taux de ré-intervention qui est de 17 % pour les patients ayant été opéré d'une gastroplastie par anneau, tombe à 3 % et à 2 % pour les patients opérés d'une sleeve et d'un bypass¹¹⁵. 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), de 5.6 % pour la sleeve et de 2.8 % pour le bypass.

[122] Les données de l'ATIH permettent par ailleurs d'estimer que 62 % du total des réinterventions concernaient des patients ayant eu un anneau en première intention, 18 % de ceux ayant bénéficié d'une sleeve, et 6,5 % d'un bypass. Ces forts taux de ré-intervention pour l'anneau s'expliquent en grande partie par l'utilisation qui en est faite comme premier temps d'une stratégie thérapeutique (technique, étant, en plus d'être réversible, affectée d'un taux de mortalité très faible).

4.2 La littérature scientifique publiée depuis une vingtaine d'année sur la chirurgie bariatrique en a établi l'efficacité et les risques associés

[123] Nombre d'études objectivent les effets de la chirurgie en termes de perte de poids, amélioration des comorbidités et de la qualité de vie¹¹⁶. Néanmoins, la plupart sont réalisées à court terme (moins de deux ans) et sans randomisation¹¹⁷. L'analyse des résultats à long terme se heurte par ailleurs au problème des perdus de vue. Cependant, les études observationnelles sur le suivi des patients au-delà de 5 ans montrent que la chirurgie a une efficacité supérieure en termes de perte de poids, d'amélioration, voire de disparition des comorbidités, comparée à la seule prise en charge médicale.

4.2.1 Réduction de la mortalité et du risque cardiovasculaire

[124] Une large méta-analyse¹¹⁸ a établi que l'obésité était un facteur de risque de survenue d'évènements cardiovasculaires et de mortalité, ce dernier risque augmentant avec l'IMC. Il existe dans la littérature de nombreuses études confirmant l'amélioration de l'espérance de vie des patients obèses ayant eu une intervention de chirurgie bariatrique. La littérature montre ainsi une baisse significative de la mortalité à long terme toutes causes confondues par rapport

¹¹⁵ Elle est 10 % pour les autres techniques (court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal, gastrectomie avec court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal, gastrectomie verticale calibrée).

¹¹⁶ Etudes pour la plupart citées dans « Effets métaboliques de la chirurgie de l'obésité » G. Baud, R. Caiazzo, F. Pattou, mis à jour le 19/04/2017 (<http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25255.pdf>)

¹¹⁷ En sachant que la randomisation est plus difficile à réaliser en chirurgie qu'en pharmacologie

¹¹⁸ Effect of bariatric surgery on cardiovascular risk profile, Heneghan HM et al. Am J Cardiol 108 (10) 1499-507; 2011

aux obèses sévères non opérés¹¹⁹. A cet égard, une étude de cohorte réalisée en Suède en 2007 (Swedish Obese Subjects trial¹²⁰) a mis en évidence une réduction de 30 % de la mortalité globale. Plus récemment, une cohorte rétrospective portant sur près de 8000 obèses opérés par bypass en Y dans l'Utah¹²¹ a montré que par rapport aux personnes obèses non opérées, ceux-ci présentaient une diminution de 40 % de la mortalité après 7 ans de suivi, dont 56 % des décès par infarctus et 92 % des décès par diabète (cette même étude montrant. Selon une méta-analyse¹²² menée en 2007, la chirurgie bariatrique 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.

4.2.2 Effets sur la perte de poids, les comorbidités et la qualité de vie

[125] Selon plusieurs études, la perte de poids observée avec la CB peut aller de 25 à 30 kg (20- 25 % du poids) avec l'anneau à 45 -50 kg après BPG (35-40 % du poids)¹²³. Si cette perte de poids est durable, la SOS study montre cependant qu'elle diminue au fil du temps. Après avoir atteint un maximum deux ans après l'opération (20 % pour l'anneau, 37 % pour le bypass gastrique), la perte de poids a tendance à décroître pour se stabiliser à 15 ans entre 15 % (anneau) et 25 % (bypass) du poids initial.

[126] La réduction du poids entraîne une amélioration, voire une résolution de certaines comorbidités. Pour partie lié à la perte de poids, ce résultat est aussi imputable à des phénomènes endocrinologiques encore mal connus. Plusieurs études ont ainsi confirmé que la chirurgie permet d'obtenir une amélioration voire une rémission du diabète de type 2 plus marquée que le traitement médical seul chez des patients obèses et diabétiques¹²⁴.

[127] A l'instar de ce qui est observé pour la perte de poids, la technique retenue sera d'autant plus efficace sur l'amélioration de l'équilibre glycémique que son risque de complications sera important (selon l'ATIH, le bypass est l'intervention la plus pratiquée chez les patients diabétiques, passée de 12,2 % en 2008 à 14,4 % en 2016). Dans la majorité des cas, les patients opérés bénéficient d'une amélioration de leur équilibre glycémique pendant au moins 5 ans, ce qui conduit certaines sociétés savantes à élargir les indications de la CB en la proposant aux personnes avec obésité modérée avec diabète mal contrôlé Si le nombre de patients diabétiques opérés est stable depuis 2011, l'émergence d'une chirurgie bariatrique à visée métabolique (« chirurgie métabolique ») est suggérée par la hausse déjà signalé plus haut de la part des IMC compris entre 30 et 40 (24 % en 2011 vs 33 % en 2015).

¹¹⁹ Sachant que la mortalité reste plus importante dans cette population qu'en population générale

¹²⁰ Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery, Sjöström L. J Intern Med 2013;273(3):219-34.

¹²¹ All-Cause and Cause-Specific Mortality Associated with Bariatric Surgery: A Review, Ted D. Adams, Tapan S. Mehta, Lance E. Davidson, and Steven C. Hunt, Curr Atheroscler Rep. 2015 Dec; 17(12): 74.

¹²² Long-term mortality after gastric bypass surgery, Gress RE, Smith SC, et al. *N Engl J Med* 2007; **357**: 753-761

¹²³ 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.

¹²⁴ 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.

[128] De même, l'obésité étant la principale cause d'hypertension artérielle (30 % des patients obèses ont une hypertension artérielle¹²⁵), sa prise en charge chirurgicale en réduit significativement la fréquence¹²⁶. L'effet de la chirurgie survient précocement après l'intervention, mais de manière moins marquée si l'HTA est sévère et ancienne. Un effet de forte rémission est également retrouvé sur la prévalence de la dyslipidémie. Ces effets métaboliques sont retrouvés dans les analyses issues de la cohorte CNAMTS portant sur des personnes opérées en 2009 qui montre à 6 ans une diminution des traitements antidiabétiques (10 % vs 6 %), antihypertenseurs (24 % vs 20 %) et hypolipémiants mais sans diminution des antalgiques et des antidépresseurs (même tendance que les témoins, la courbe monte un peu dans le temps dans les deux groupes). D'autres études ont montré, après l'opération, une amélioration au niveau de la douleur, de la fonction physique et du temps de marche des patients, mais décroissante au cours du temps¹²⁷. Enfin, plusieurs études¹²⁸ suggèrent un effet de la CB (surtout bypass) sur la stéatose hépatique ou NASH, maladie non alcoolique du foie liée à l'obésité et associé à une augmentation de la mortalité.

[129] Il existe par ailleurs quelques méta-analyses montrant une amélioration de la qualité de vie après chirurgie bariatrique, l'amélioration du composant « somatique » de la qualité de vie suivant la perte de poids¹²⁹. Enfin, la cohorte CNAMTS révèle que près de 3 000 femmes tombent enceintes dans l'année qui suit l'intervention (20 %), ce qui renforce l'importance du suivi quand on sait que l'obésité pendant la grossesse est associée à une augmentation de risques maternels (diabète gestationnel, hypertension artérielle, césarienne, mortalité maternelle) et fœtaux (malformation, macrosomie, mortalité périnatale¹³⁰).

4.2.3 Une mortalité en diminution depuis une dizaine d'années

[130] Alors que le nombre d'interventions a triplé de 2007 à 2012, une étude française montre que le taux de mortalité précoce (dans les 3 mois après l'intervention) a été divisé par deux pendant cette période. Sur le tableau ci-dessous, la mortalité précoce en 2012 est de 0,08 %¹³¹ avec des différences selon des techniques (0,01 % après anneau, 0,08 % après sleeve, 0,14 % après bypass). Ces différences sont expliquées par les complications propres à chacune de ces opérations : fistule gastrique pour la SG, fistule gastrique ou occlusion pour le BPG, l'embolie pulmonaire qui touche les deux étant considérée, avec les causes infectieuses et cardiaques comme une des principales causes de mortalité après chirurgie bariatrique. 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.

¹²⁵ Garrison RJ, Kannel WB, Stokes III J, Castelli WP. Incidence and precursors of hypertension in young adults : the Framingham Offspring Study. *Prev Med* 1987 ; 16 : 235-51.

¹²⁶ Long-term effects of bariatric surgery on type II diabetes, hypertension and hyperlipidemia: a meta-analysis and meta-regression study with 5-year follow-up. Ricci Cand al. *Obes Surg* 2015; 25(3):397-405.

¹²⁷ King WC, Chen J-Y, Belle SH, Courcoulas AP, Dakin GF, Elder KA, et al. Change in Pain and Physical Function Following Bariatric Surgery for Severe Obesity. *JAMA*. 2016 Apr 5; 315(13):1362-71.

¹²⁸ 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;

¹²⁹ 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.

¹³⁰ Maternal nutritional deficiencies and small for gestational age neonates at birth of women who have undergone bariatric surgery, journal ok pregnancy, J Hazard and al, vol 2017, article ID 4168541

¹³¹ La mortalité opératoire était de 0,09 % à 1 mois, de 0,14 % à 6 mois et de 0,2 % à un an

Tableau 15 : Mortalité précoce 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 : Académie Nationale de Chirurgie¹³² et cohorte CNAMTS des personnes obèses opérées en 2015

[131] Outre le type de technique et la voie d'abord (risque divisé par 7 avec coelioscopie versus laparotomie), les facteurs associés significativement à la mortalité étaient le sexe masculin, l'âge de plus de 50 ans, l'IMC > 50, le diabète et l'hypertension artérielle¹³³. D'après cette même étude, la mortalité précoce est identique dans les centres publics et privés. Le volume du centre est un facteur de risque avec un seuil de 25 interventions par an. Comparée à des centres dont le volume est supérieur à 100 et 150 interventions annuelles, la mortalité est multipliée respectivement par deux et quatre.

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

Tableau 16 : Mortalité globale de la CB par période et par source toutes techniques confondues

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')¹³⁴	0,04 %	0,07 %		0,16 %		
International	Meta-analyse Chang et al (3)	0,08 %					

Source : mission d'après littérature¹³⁵

[133] En France, la cohorte CNAMTS de patients opérés pour la première fois en 2009 (2) objective ainsi en 2012 un taux de mortalité à trois ans de 0,7 % (129 décès)¹³⁶, plus important pour le by-pass (0,95 %) que pour la sleeve (0,64 %) ou l'anneau (0,36 %)¹³⁷.

¹³² 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 entre 2007 et 2012

¹³³ Ces facteurs de risque correspondant à la plupart des item du score de risque de mortalité liés à la CB (sexe masculin âge > 45 ans, IMC > 50 kg/m², HTA, Facteurs de risque d'embolie pulmonaire, in Obesity surgery mortality risk score : proposal for a clinically useful score to predict mortality risk in patients undergoing gastric bypass ; Présentation en session plénière à l'American Society for Bariatric Surgery (ASBS), San Francisco, CA, June-July 2006

¹³⁴ Les anneaux représentaient une part conséquente du totale de CB dans la cohorte 2009, technique à moindre taux de mortalité et de morbidité que les sleeve et bypass. Il faut en tenir compte, en plus des améliorations techniques qui sécurisent les soins, quand on compare l'évolution de ces taux dans le temps.

¹³⁵ (1) 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 (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. doi:10.1001/jamasurg.2013.3654

¹³⁶ Ce taux se situerait au environ du risque de chirurgie vésicule biliaire. Le 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'AGA et de 0,35 % pour le BPG (à 1 an).

[134] Le taux de 1,2 %, repris dans la lettre de mission, concerne la mortalité toutes causes de décès confondues sur 6 ans (1,2 % toutes techniques confondues, décomposé en 0,7 % pour l'anneau, 1,4 % pour la sleeve et 2 % pour le bypass). Ce taux qui agrège différents types de décès dont certains n'ont rien à voir avec la chirurgie (accident, mort violente...) ne paraît pas pertinent pour décrire la mortalité post opératoire stricto sensu. En tout état de cause, la possibilité de croiser les données de mortalité produites par la CNAMTS ou l'ATIH avec celles du CépiDC¹³⁸ dans le cadre du système national des données de santé (SNDS) devrait permettre à la CNAMTS de le comparer aux taux de mortalité à 6 ans chez des personnes obèses non opérées.

Tableau 17 : Mortalité de la CB par technique, par période et par source et par technique

Mortalité par technique	1 mois (1)	1 an (1)	3 ans (2)	6 ans (2)
Anneau	0.01 %	0,03 %	0,36 %	0,7 %
Sleeve	0.08 %	0,20 %	0,64 %	1,4 %
Bypass	0.14 %	0,35 %	0,94 %	2,0 %

Source : mission d'après littérature¹³⁹

[135] Au surplus, les taux de mortalité de la cohorte CNAMTS 2015 (2') sont plus élevés chez les personnes âgées (plus fragiles) : 2.6 % (18/702) chez les 65-70 ans, 7 % (5/71) chez les plus de 70 ans.

4.2.4 Outre les complications chirurgicales incluant les carences nutritionnelles dont la fréquence varie selon les techniques, les risques post-opératoires sont aussi d'ordre psychique

[136] La morbidité post-chirurgie mêle complications opératoires, décompensations d'affections préexistantes et apparition de comorbidités (carences nutritionnelles, addictions, dépression, tentatives de suicide, ...). D'après une méta-analyse déjà citée (3), ce taux serait de 17 %. Pour certains spécialistes, la gestion des suites de CB constitue, avec la préparation préopératoire, le cœur d'une discipline médicale au long cours (médecine bariatrique).

¹³⁷ Les taux de mortalité les plus importants dans la littérature sont de 1,1% pour la DBP avec laparotomie (Buchwald).

¹³⁸ Données de mortalité produit par l'Inserm à partir des certificats de décès

¹³⁹ 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 (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

Tableau 18 : Les complications chirurgicales plus ou moins précoces

	précoce	fonctionnelle	tardive
Anneau	Rares (1 %), la plus grave étant la perforation gastrique postérieure	blocage alimentaire, régurgitation, dilatation œsophagienne, déconnexion chambre	dilatation poche gastrique sur glissement anneau (2 %), érosion gastrique, migration anneau (1 %)
Sleeve	(5 %) Moins rares et plus graves fistule ligne d'agrafe (risque sepsis), hémorragies, embolie pulmonaire (EP) ¹⁴⁰ , sténose gastrique	reflux (20 % à 1 ans) ¹⁴¹ ; vomissements occasionnels	Lithiase vésiculaire
Bypass	5-10 %. EP (1 %), fistule gastrique (1-3 %), hémorragie (2-3 %)	Dumping syndrom (5-10 %), carences nutritionnelles	occlusions par hernie interne (4-5 %), ulcères (1-3 %)
Mini-bypass	Moindre taux de fistule que bypass mais tableaux plus graves	Reflux biliaire dont le rôle pathologique est source de débats (cancer gastrique)	Quasi-absence de hernies internes, mais plus grande fréquence des ulcères.
Diversio bilio pancréatique	(7 %) Fistules, hémorragies, abcès intra-abdominaux, sténoses, occlusion, EP	dénutrition protéique, carences nutritionnelles (cf. infra)	Occlusion intestinale sur hernie interne (jusqu'à 10 %), sténoses

Source : mission d'après « chirurgie de l'obésité, risque et gestion des complications » Maud Robert, 2015¹⁴²

[137] A ces complications s'en ajoutent de trois types : des carences nutritionnelles, des effets psychologiques /psychiatriques et des addictions, dont le tableau ci-dessous montre la fréquence élevée.

Tableau 19 : Type de complication ayant conduits à une hospitalisation de 2009 à 2016

Type de complication	bypass	sleeve
Complications digestives chirurgicales (lithiase biliaire, occlusion, éventration, sténose, ulcère perforé, hémorragie digestive haute, coelio/laparo exploratoire)	5 %	4 %
Complications digestives non chirurgicales (douleur abdo, dyspepsie, RGO, UGD, gastrite, vomissement, trb du transit)	28 %	20 %
Nutritionnelles (anémie, carence fer, vit A, B1, B6, B12, D, Calcium, dénutrition)	8 %	3 %
Psychiatriques (addiction, TCA, dépression, anxiété, TS)	3 %	2 %

Source : CNAMTS 2017¹⁴³

¹⁴⁰ Risque d'EP plus marqué pour la sleeve : To What Extent Does Posthospital Discharge Chemoprophylaxis Prevent Venous Thromboembolism After Bariatric Surgery?: Results From a Nationwide Cohort of More Than 110,000 Patients. Thereaux J, Lesuffleur T, Czernichow S, Basdevant A, Msika S, Nocca D, Millat B, Fagot-Campagna A. Ann Surg. 2017 May 4.

¹⁴¹ Avec risque au long terme d'endo-brachy-oesophage voire de cancer

¹⁴² Site de formation médicale continue en gastro-entérologie (fmcgastro.org)

¹⁴³ 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

Les carences nutritionnelles

[138] Rares après pose d'anneau, les carences nutritionnelles sont plus ou moins fréquentes au décours des interventions malabsorptives (Bypass et DBP, 2-48 %), 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 cardiaque, béribéri, 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 vit B12, neuropathies sensitivomotrices à long terme si déficit B1, B6, B12. D'où l'importance d'améliorer les problèmes d'observance en suscitant une conscience accrue de la nécessité du suivi, en trouvant des solutions pour lever les freins que peuvent représenter la multiplicité des produits et des dosages et en étudiant la possibilité d'étendre le remboursement aux examens et aux substituts jugés incontournables.

[139] Des carences protéiques peuvent également s'observer après DBP (10 %), complication la plus redoutable de la chirurgie bariatrique à l'origine de certains décès par insuffisance hépatique. Peu de choses sont connues concernant la *sleeve* mais on peut supposer que les carences sont rares, compte tenu de l'absence de court-circuit.

[140] La perte de poids post-chirurgicale peut également s'accompagner d'une sarcopénie, ou perte de masse musculaire par carence d'apport qu'il convient de dépister et de traiter parce qu'elle produit des effets délétères. En effet, la personne opérée peut rencontrer des difficultés à se déplacer et, en conséquence, limiter son exercice physique quotidien ... et reprendre du poids. Cet aspect du suivi particulièrement important (distinction masse grasseuse et musculaire) nécessite d'après des chirurgiens rencontrés par la mission, d'être intégré à la prise en charge des personnes opérées (appareillage et financement ad hoc, ...).

Effets psychologique/psychiatriques de l'intervention de CB

[141] D'autres difficultés peuvent apparaître, notamment psychologique en lien avec les modifications du corps qui ne correspond pas aux attentes de la plupart des patients, qui donne un sentiment de vulnérabilité ou d'étrangeté, ou encore, qui malgré les kilos perdus, ne résout pas les problèmes que la personne attribuait à son obésité, voire en crée de nouveau (telle que par exemple la jalousie dans le couple). Cette réalité qui ne cadre pas avec ce qui était idéalisé peut induire, outre une reprise de poids pour retrouver un corps familier, le développement d'addictions (mêlant notamment plus grande sensibilité à l'alcool et mécanisme de report du comportement compulsif de l'alimentation sur l'alcool), d'anorexie, de troubles anxieux et dépressifs avec des risques suicidaires accrus¹⁴⁴. S'agissant notamment de ce dernier risque, une étude canadienne portant sur près de 9000 patients opérés entre 2006 et 2011 et suivis 3 ans avant et 3 ans après la chirurgie bariatrique¹⁴⁵ a montré une augmentation du risque suicidaire de 50 % après la chirurgie bariatrique avec comme facteurs de risques des antécédents de pathologie psychiatrique, de TS, de sévices, d'alcoolisme et d'isolement social. Enfin, les idées suicidaires en pré et en post opératoire sont pointées plus particulièrement chez les adolescents

¹⁴⁴ Prise en charge psychologique avant et après chirurgie bariatrique, SOiNS - no 811 - décembre 2016 Marie-Hélène Salamon-Dezaille, Psychologue, Christine Poitou- Bernert, Professeur des unités, praticien hospitalier

¹⁴⁵ Self-harm Emergencies After Bariatric Surgery: A Population-Based Cohort Study, Bhatti JA, Nathens AB, Thiruchelvam D, Grantcharov T, Goldstein BI, Redelmeier DA, JAMA Surg. 2016 Mar ;151(3): 226-32. doi: 10.1001/jamasurg.2015.3414.

par certains auteurs qui les considèrent comme un groupe devant faire l'objet d'une attention particulière sur le plan psychiatrique¹⁴⁶.

[142] Certaines publications objectivent d'ailleurs un risque accru de décès par suicide¹⁴⁷. Une étude de suivi de patients opérés en Pennsylvanie entre 1995 et 2004 retrouve ainsi 31 suicides sur 16 683 opérations (6.6/10000 soit 13.7 /10000 chez les hommes et 5.2 /10000 chez les femmes), 30 % de ces suicides survenant dans les deux ans post CB et 70 % dans les 3 ans. Comparé à une population de même âge et de même sexe (2.4/10000 pour les hommes et 0.7/10,000 pour les femmes), il ressort un excès de suicide chez les patients ayant subi une CB dans les 10 ans.

Tableau 20 : Taux de mortalité par suicide chez les patients opérés et non opérés

Taux de suicides/10 000	opérés	non opérés
Hommes	13,7/10000	2,4/10000
Femmes	5,2/10000	0,7/10000

Source : mission d'après étude citée plus haut

[143] Partant de cette étude, des auteurs¹⁴⁸ ont examiné une trentaine d'autres études de suivi de la CB et ont retrouvé un taux de décès par suicide post CB de 4.1/10,000 significativement plus élevé qu'en population générale mais moindre cependant que l'étude citée plus haut, en concluant à la nécessité de mieux documenter les facteurs prédictifs de ce risque chez les patients opérées.

Addictions post CB

[144] Concernant le lien entre chirurgie bariatrique et dépendance à l'alcool, une étude française¹⁴⁹ montre une majoration d'un facteur 3 du risque de dépendance à l'alcool (6 % de dépendance à 15 ans versus 2 % dans une population contrôle). Les facteurs de risque de dépendance à l'alcool après une chirurgie sont le sexe masculin, l'âge jeune, la consommation d'alcool avant la chirurgie > 2 verres/semaine, l'usage récréatif des drogues.

[145] Au total, la hausse des interventions de chirurgie bariatrique va s'accompagner d'une augmentation parallèle du nombre de complications qui vont retentir sur la qualité de vie et dont certaines peuvent aller jusqu'à engager le pronostic vital. Ces complications graves peuvent être prévenues, en posant mieux l'indication chirurgicale, en sécurisant le cadre de l'intervention et en améliorant la qualité du suivi. Susceptibles d'être confrontés à un patient aux antécédents de chirurgie bariatrique, les médecins doivent être formés pour connaître les complications de cette chirurgie (chirurgicales, carencielles, psychiatriques) et le cas échéant, pouvoir en faire le diagnostic et mettre en œuvre un traitement adapté dans les délais requis.

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ 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.

¹⁴⁸ Risk of completed suicide after bariatric surgery: a systematic review. Peterhansel C, Petroff D, Klinitzke G, Kersting A, Wagner B. Obes Rev. 2013 ;14(5):369–82.

¹⁴⁹ Diabète et obésité avril 2014. Vol 9. num 78 Piquet M.

5 UN ENCADREMENT, UNE QUALITE, UNE SECURITE, ET UN SUIVI DES PRATIQUES PERFECTIBLES

5.1 Pour parties inactuelles, les recommandations HAS qui encadrent la chirurgie bariatrique interrogent en termes de mise en œuvre

5.1.1 Les recommandations visent à assurer pertinence et qualité des interventions

[146] La HAS a édité en 2009 des recommandations visant à encadrer la chirurgie de l'obésité pour améliorer sa pertinence et son efficacité à long terme et réduire la survenue des complications par une meilleure sélection, information et préparation des patients, le choix de la technique apportant le meilleur rapport bénéfice/risque, une meilleure formalisation de la nature et du rôle de l'équipe pluridisciplinaire et la réduction de la gravité des complications par leur détection et leur prise en charge précoce.

[147] Les recommandations professionnelles françaises et internationales s'accordent sur le fait que la prise en charge de l'obésité doit être globale, pluridisciplinaire et sur le long terme. Les objectifs du traitement de l'obésité ne se réduisent pas à la perte de poids : le traitement des complications est un objectif primordial quelles que soient l'évolution pondérale et les difficultés du contrôle du poids. Seul est concerné un nombre restreint de patients adulte dont l'obésité altère l'espérance et la qualité de vie. Les enfants et les adolescents constituent une population à part qu'il faut s'abstenir d'opérer en limitant le cas échéant les interventions de CB à des structures spécialisées et suivre le tout de très près car on ne connaît pas les effets d'un syndrome malabsorptif sur 40 ans¹⁵⁰. Il n'y a pas d'âge limite supérieur pour poser une indication opératoire, mais au-delà de 65 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.

[148] Les patients doivent avoir un IMC supérieur à 40. Cette limite a été établie au vu du risque relatif de mortalité augmentant de façon importante au-delà de cette valeur. Cette borne est abaissée à 35 en présence de comorbidités (syndrome d'apnée du sommeil, asthme, insuffisance respiratoire, diabète, affections cardiovasculaires, hypertension artérielle, syndrome métabolique, dyslipidémie, affections rhumatologiques, stéatose hépatique non alcoolique, ...). *Les recommandations de bonnes pratiques prévoient que les interventions soient réalisées dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire des patients obèses incluant l'information du patient, son évaluation physique et psychologique¹⁵¹, après décision opératoire 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. A cet égard,

¹⁵⁰ Voir fiche HAS janvier 2016 : critère d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans.

¹⁵¹ Selon les recommandations de l'HAS, "le suivi et la prise en charge du patient après chirurgie bariatrique s'intègrent dans le cadre du programme personnalisé mis en place en phase préopératoire, et doivent être assurées par l'équipe pluridisciplinaire incluant un psychiatre ou un psychologue

l'HAS va travailler avec la CNAMTS sur le suivi post opératoire avec pour objectif de disposer de données de qualité permettant de documenter la pertinence des indications.

5.1.2 L'évolution des pratiques intervenue ces dernières années n'a pas encore été évalué

[149] Les limites actuelles de ces recommandations sont d'une part de ne pas aborder plus spécifiquement certaines indications. Des questions nouvelles ont émergé, tenant au fort effet métabolique (notamment sur le diabète de type 2) de certaines techniques qui conduisent endocrinologues et chirurgiens à plaider pour un élargissement des indications opératoires pour les obèses diabétiques dès IMC > 30, comme cela se fait ailleurs (cf tab suivant).

[150] D'autre part, au regard de sa spécificité chez la personne obèse et de son impact pronostique sur les suites opératoires, la dimension psychique de l'évaluation mériterait d'être plus détaillée. De même, il serait sans doute souhaitable, à défaut de pouvoir conseiller 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). Par ailleurs, la pose de l'anneau ayant très fortement régressée alors même qu'il présente certains avantages, il faudrait réévaluer l'intérêt réel d'y recourir et la pertinence de le proposer de manière systématique comme cela est recommandé par l'HAS. 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.

[151] Enfin, les interventions auprès des personnes obèses de 60 ans et plus, devrait également faire l'objet de recommandations plus spécifiques du fait des complications plus fréquentes (au dire de certains experts, l'anneau devrait être privilégié pour ce public). Prenant acte, la HAS devrait travailler avec la CNAMTS sur le suivi post opératoire avec pour objectif de disposer de données de qualité permettant de documenter la pertinence des indications.

5.1.3 Le non-respect des bonnes pratiques recommandées par la HAS pose de sérieux problèmes

[152] Afin d'aider les professionnels à évaluer et à améliorer leurs pratiques, la HAS a développé un ensemble d'indicateurs (IPAQSS pour Indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) fondés sur ses recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge chirurgicale de l'obésité.

[153] Recueillis de manière optionnelle de 2013 à 2015, les IPAQSS sont obligatoires pour l'ensemble des établissements de santé pratiquant la chirurgie bariatrique depuis 2017, le prochain recueil est prévu en 2018 devant en théorie permettre de faire des comparaisons avec les premières données issues du registre.

[154] Auparavant, seul un travail universitaire portant sur l'ensemble des patients opérés d'une chirurgie bariatrique dans le Nord-Pas-de-Calais en 2012 (2 754 patients) avait montré que les indications de l'HAS concernant l'IMC et/ou la présence d'au moins une comorbidité améliorable par la chirurgie bariatrique étaient respectées pour 90,4 % des patients et que 30 jours suivant l'intervention, 8,5 % des patients avait présenté une complication. La mortalité à 30 jour (0,04 %), inférieure au taux national (0,08 %), laisse penser que la qualité des pratiques, bien que perfectibles, était sans doute supérieure à la moyenne.

Tableau 21 : Critères et conditions d'éligibilité à la chirurgie bariatrique en Europe et en Amérique du Nord

Pays	Suède	Autriche	Canada	Pays-Bas	France	Belgique	Allemagne	Etats-Unis	Angleterre	Suisse
Année	2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2014
Niveau d'obésité requis	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 40	IMC $\geq$ 35
	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité	IMC $\geq$ 35 + comorbidité
							IMC $\geq$ 30 si diabète	IMC $\geq$ 30 si diabète et/ou FDR MCV	IMC $\geq$ 30 si diabète	
Tentative préalable et sérieuse de perte de poids	OUI		OUI	OUI	OUI (6-12 mois)	OUI (12 mois)	OUI (6-12 mois)	OUI	OUI	OUI (24 mois)
Décision opératoire sur bilan pluridisciplinaire	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Suivi long terme	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Source : mission d'après Propositions de l'assurance maladie pour 2016-cnamts

Encadré 5 : HAS - 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 de la campagne 2017 – Données 2016

Depuis 2006, la DGOS et l'HAS ont mis en œuvre un recueil national d'indicateurs afin de disposer, pour l'ensemble des établissements de santé, de tableaux de bord de pilotage de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci s'inscrit dans l'approche globale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. Ce suivi d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) produisant des données comparatives, est utilisé à des fins de pilotage interne, de régulation au niveau régional et national, et de transparence vers les usagers (diffusion publique).

Le thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale » est composé de plusieurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Axés sur la phase préopératoire, identiques quelle que soit la technique chirurgicale envisagée, ils permettent le suivi des éléments composant une prise en charge préopératoire minimale nécessaire pour poser l'indication chirurgicale :

- Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire
- Endoscopie œsogastroduodénale lors de la phase d'évaluation préopératoire
- Évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire
- Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire : 2 niveaux d'exigence croissante
- Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant
- Information préopératoire minimale du patient (INFO) ;
- Bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient lors de la phase d'évaluation préopératoire

[155] Dans le dernier rapport portant sur 19 403 dossiers de chirurgie initiale analysés par les 451 établissements de santé pratiquant la chirurgie bariatrique¹⁵², l'HAS conclut que « tous les résultats des indicateurs sont en augmentation, due principalement aux actions d'amélioration réalisées par les établissements de santé ayant déjà réalisé au moins 1 recueil » mais que certains résultats montrent toujours une marge de progression réelle. A cet égard, elle met en exergue trois axes d'amélioration.

- Le premier concerne la recherche des 3 principales comorbidités nécessaires, pour une personne dont l'IMC est <35, afin de poser l'indication chirurgicale ; cette information manque ou est incomplète dans 20 % des dossiers (ce taux étant presque de 30 % dans le cadre de la pose d'anneaux).
- Le second a trait à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui joue un rôle central dans la décision d'opérer. Près d'1 dossier sur 5 des dossiers analysés ne contient aucune discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire. Si on note une amélioration par rapport aux données antérieures, ces taux demeurent perfectibles. Par ailleurs, le compte-rendu de RCP qui informe de la stratégie décidée et contribue à une bonne coordination autour du patient n'est transmis au médecin traitant que pour 7 patients sur dix

¹⁵² 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.

- Le troisième porte sur l'information préopératoire minimale du patient important pour la réussite à long terme de ce type de chirurgie. 80 % des patients reçoivent cette information, mais 17 % des dossiers sont incomplets, s'agissant de l'information sur le suivi postopératoire, la nécessité de modifier son comportement alimentaire et son mode de vie avant et après l'intervention. Par ailleurs, 3,5 % des dossiers ne contiennent aucune trace d'information du patient.

[156] Après agrégation des indicateurs, on observe au total que seuls 7 patients sur 10 ont bénéficié à la fois d'un bilan complet de comorbidités, d'un bilan endoscopique et d'évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire alors que ces éléments sont un prérequis indispensable pour poser une indication chirurgicale pertinente. De même, la coordination avec le médecin traitant, dont la place est pourtant centrale dans le suivi de ces patients opérés aux yeux de l'ensemble de la communauté soignante, ne se fait de manière satisfaisante que pour 4 patients sur 10 (RCP élaborée dans les conditions requises et transmises au médecin traitant). Par ailleurs, seule 50 % des médecins traitant, ont été destinataires du compte rendu de la RCT complet

[157] Autre élément d'appréciation récent du non-respect des bonnes pratiques en plus des IPAQSS, 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 (vs 2 % dans le rapport HAS cité plus haut). Ces interventions se répartissent de manière homogène entre les différentes techniques (7 % des anneaux, 4 % des sleeves et 5 % des bypass).

[158] Au total, l'ensemble de ces informations permet de penser que la proportion de non-respect des indications est loin d'être anodine (même si les IPAQSS sont en progression par rapport aux campagnes HAS précédentes) et qu'elle appelle un renforcement des contrôles de pertinence et de qualité des soins.

5.1.4 Malgré leur fort enjeu de santé publique, l'accompagnement préopératoire et le suivi des patients opérés s'avèrent insatisfaisants

[159] Outre les divers bilans préopératoires, la chirurgie bariatrique impose une préparation d'amont et un suivi d'aval afin de dépister et de traiter à temps les complications post-opératoires éventuelles, de consolider la maîtrise du comportement alimentaire post-opératoire, de surveiller la régression des comorbidités ou leur réapparition en cas de reprise de poids, de surveiller l'absence de dénutrition et la prise correcte des suppléments nutritifs et vitaminiques.

[160] La dimension psychique doit être par ailleurs considérée en amont et en aval de la chirurgie. Il y a une composante psychogène dans la physio-pathologie de l'obésité (troubles anxieux, dépression, vécu traumatique...). Ce sujet est peu documenté mais il semble assez fréquent. 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. Si un besoin de soins est détecté en amont de la chirurgie, il semble préférable de renvoyer sur un autre psychothérapie que l'évaluateur avant la CB. 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,...).

[161] 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 problématiques de l'obésité (dont sa dimension addictive) et qui auraient tendance à se référer aux critères de la chirurgie esthétique (s'assurer que le patient ne soit pas délirant, pas dépressif, pas anxieux). A cet égard, Il est nécessaire de mieux informer et de former les équipes hospitalières et les psychiatres à la prise en charge psychologique et psychiatrique de l'obésité (rôle des CSO) tout en se donnant les moyens d'inventorier et d'évaluer si besoin les outils disponibles (auto-questionnaires, génogramme, anamnèse des traumatismes, ...).

[162] S'agissant des conditions d'organisation de la préparation d'amont, le recueil IPAQSS pour 2017 montre que dans 62 % des établissements de santé, la prise en charge des patients candidats à la chirurgie bariatrique se fait au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé. Seuls 5 % des établissements de santé offrent à une partie de leurs patients une prise en charge au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique à l'obésité et formalisé. Dans les 33 % restant, la prise en charge n'est pas réalisée au sein d'un réseau pluridisciplinaire spécifique de l'obésité et formalisé (avec un risque d'aléa dans la prise en charge). De même, la prise en charge préopératoire du patient adulte obèse est réalisée au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement de santé dans 24,5 % des établissements de santé et partagée dans un cadre formalisé avec des professionnels extérieurs à l'établissement de santé dans 40 % des établissements de santé, un tiers des établissements de santé ne proposant aucun cadre formalisé (avec également un risque d'aléa plus fort dans la prise en charge).

Encadré 6 : 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 chirurgicales (principe, bénéfices respectifs, risques et inconvénients respectifs incluant mortalité peropératoire, effets indésirables, limites de la chirurgie, retentissement sur la vie quotidienne et relationnelle, précautions en matière de grossesse et de contraception, nécessité de la modification du comportement alimentaire, possibilité de recours à la chirurgie réparatrice) en précisant notamment leurs complications précoces et tardives, conséquences nutritionnelles, réinterventions, irréversibilité, signes cliniques qui doivent alerter. Elle insiste également sur la nécessité d'un suivi médical et chirurgical la vie durant, en informant le patient des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence et de non prise des suppléments.

Des consultations cliniques sont recommandées au moins 4 fois la première année, puis au moins annuellement (sans qu'il soit précisé qui doit assurer le suivi).

Outre la recherche de complications chirurgicales et psychologiques, **le suivi à moyen et à long terme** 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, vitamine B12, renforcé selon les cas avec de la vit B1, B9) en informant le patient des risques auxquels ils sont exposés en cas de carence et de non prise des suppléments. Elle se discute en fonction du bilan après chirurgie restrictive.

[163] S'agissant du suivi d'aval, les données de la cohorte CNAMTS ont permis d'estimer en 2014 qu'il 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 patients (homme, jeune, peu suivi durant la première année) 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 %. De manière globale, le médecin généraliste joue un rôle central dans le suivi, 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 les prennent sur une base régulière)¹⁵³.

[164] Au-delà de la réticence ou des difficultés de certains patients à se faire suivre en post-opératoire et d'un manque d'implication ou de moyens des ES, certains praticiens estiment qu'avec les flux actuels de personnes opérables, il est impossible et sans doute inopportun, de proposer à tous les patients le suivi recommandé par l'HAS, à la fois pour des questions de moyens à mobiliser et saturation des capacités d'absorption (manque de moyens, de professionnels). Aux dires d'experts, « le système de soins n'est aujourd'hui pas dimensionné pour absorber tous les opérés ». Le suivi préconisé à vie et de la même façon pour tous par l'HAS pose donc un problème de faisabilité qui n'a jamais été évalué mais qui impose d'être revu pour être plus adapté à la réalité des situations.

[165] En tout état de cause, la recherche de solutions organisationnelles (registre ou plateforme connectée des patients opérés avec possibilité de relance, infirmière de coordination pour suivre et relancer les patients et coordonner les professionnels, groupe de patients...) et financières pour un suivi post-opératoire de qualité repose a minima sur une implication coordonnée de tous les acteurs (professionnels de santé, patients et tutelles). A cet égard, certains services visités par la mission ont mis en place des solutions innovantes, qui posent cependant la question de la reproductibilité et la valorisation de ces initiatives.

5.1.5 Conscients des lacunes du suivi et des risques associés, les pouvoirs publics doivent, en lien avec les sociétés savantes, impérativement améliorer le suivi post-opératoire des patients opérés

[166] Elaboré sous l'égide du CNAO, de la SOFFCO-MM, et de l'Académie nationale de chirurgie, le livre blanc « chirurgie bariatrique : améliorer le suivi postopératoire des patients » identifie plusieurs causes pouvant expliquer la défaillance du suivi : difficulté liés aux professionnels (manque de temps et de formation, insuffisance prise en charge de certaines consultations), difficultés liés au patient (perception de la reprise de poids comme un échec personnel, patients précaires, absence en France de système contraignant le patient au suivi), difficultés organisationnelles (flux en hausse très importante du nombre de patients opérés sans mise en adéquation des ressources médicales et paramédicales par l'Assurance Maladie), difficultés liées à l'information donnée aux patients (information défaillante sur la procédure elle-même).

¹⁵³ Plus de 85 % des opérés ont consulté un médecin généraliste chaque année (4 fois/an) mais la part de ceux qui ont consulté un endocrinologue ou interniste ou eu une hospitalisation de jour en lien avec la chirurgie est passé de 25 % à 15 % de 2009 à 2014. De même, le taux de délivrance de médicaments (même remboursés) a diminué au fil du temps. Current challenges in providing bariatric surgery in France: A nationwide study. Czernichow S, Paita M, Nocca D, Msika S, Basdevant A, Millat B, Fagot-Campagna A. Medicine (Baltimore). 2016 Dec;95(49):e5314.

[167] A cet égard, l'Académie nationale de chirurgie considère nécessaire de réorganiser le suivi dans le temps en l'allégeant au cas par cas et lui dédiant les moyens et ressources suffisantes¹⁵⁴ :

- Avant l'intervention, pendant l'évaluation de l'obésité et l'éducation thérapeutique, l'accompagnement est assuré par l'équipe bariatrique à un rythme mensuel.
- Après l'intervention, le suivi devient trimestriel et est assuré par l'équipe et le médecin traitant.
- 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 est du ressort du médecin traitant.
- 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.

[168] En plus de différencier le suivi post-opératoire en fonction des patients, l'académie pointe la faiblesse de certains points indispensables à son déroulement (insuffisance de formation et de valorisation des médecins traitants, insuffisance du nombre de médecins nutritionnistes et de leur valorisation, manque de remboursement des examens biologiques de contrôle (dosages vitaminiques) et des supplémentations alimentaires, absence prise en charge des consultations des diététiciens et psychologues) et propose pour en limiter les effets sur le suivi d'établir une prise en charge post-opératoire forfaitaire et contraignante après chirurgie bariatrique par les organismes d'assurance sociale (à l'instar des Pays-Bas). Une variante portée par l'académie de médecine serait de faire rentrer le patient obèse opéré en ALD pour qu'il puisse bénéficier sans entrave des moyens nécessaires à un suivi de qualité.

[169] Parallèlement, 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 parcours, qui s'étendrait sur 2 ans pré et post-opératoire¹⁵⁵ est considéré comme pertinent pour assurer un suivi et un encadrement des publics fragiles (patients compliqués, âgés, mineurs). Ce type de parcours est déjà proposé par certains CSO (Lille, Paris), leur faiblesse étant d'être hospitalo-centrés, et de ne pas assez prendre pas en compte la ville. Pour consolider ce dispositif, un rattrapage des patients perdus de vue pourrait s'envisager en s'appuyant sur des indicateurs de suivi des patients opérés et en envoyant des courriers de rappel pour inciter les patients à se faire suivre sur le modèle de la grippe.

[170] S'agissant plus spécifiquement du rôle du médecin généraliste, l'Académie nationale de médecine a récemment fait paraître un rapport en vue d'améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique¹⁵⁶ dont les grandes lignes sont présentés dans l'encadré ci-dessous :

¹⁵⁴ Inspirée de la présentation de l'ANC (Prs J Gugenheim et F Pattou, et Mme Joly Présidente du CNAO le 13 mars 2015)

¹⁵⁵ 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.

¹⁵⁶ "Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique", 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)

La chirurgie bariatrique a connu un essor foudroyant qui s'explique notamment par son efficacité. Mais la plupart du temps et dans de nombreux pays le suivi régulier à moyen et long terme est très insuffisant (50 % voire plus au bout de plusieurs années). En France, la qualité du suivi peut être considérée comme satisfaisante à 5 ans dans seulement 12 % des cas. Or, les patients perdent moins de poids lorsqu'ils ne se rendent pas aux consultations de contrôle et encourent des risques de complications neurologiques (carence en vitamines B1 et B12 notamment) d'autant plus graves que celles-ci sont insidieuses car elles surviennent parfois plusieurs années après l'opération.

L'objectif principal du travail mené par l'académie de médecine a été d'étudier les solutions permettant de surmonter les difficultés du suivi et de limiter le nombre des « perdus de vue ».

Il apparaît que les bons résultats obtenus dans le suivi des patients (observés essentiellement aux Pays-Bas) tiennent à une **excellente coordination entre les différentes structures chargées de leur prise en charge et à l'implication du médecin généraliste à toutes les étapes du parcours de soins**. Cette organisation contribue à maintenir à un haut niveau la motivation des malades à travers Une information et un accompagnement régulier, facilités par un soutien de proximité, de la part de leur médecin qui les connaît dans leur environnement psycho-social dont chacun reconnaît le rôle essentiel

Les médecins généralistes mieux répartis sur le territoire, pourraient contribuer à résoudre le problème de santé publique posé par l'insuffisance de suivi des patients obèses opérés. Ce suivi s'inscrit dans leur mission : prise en charge des maladies chroniques, mise en œuvre de l'éducation pour la santé et coordination des soins (*Code de la santé publique - article L.4130-1*) Cependant, ils invoquent un manque de temps et une rémunération insuffisante dans la mesure où il s'agit selon eux de patients complexes face auxquels ils s'estiment insuffisamment formés et rémunérés Par ailleurs, ils déplorent un manque de dialogue avec les chirurgiens, s'estimant rarement informés du programme personnalisé de soins, des conseils d'adaptation des traitements, des prescriptions diététiques, des données pratiques pour l'activité physique, de la conduite à tenir en cas d'urgence. Ils souhaiteraient en outre disposer d'un numéro de téléphone d'urgence ou d'une adresse mail en cas de problème.

Pour ces raisons, l'Académie Nationale de médecine recommande que :

1. LE PATIENT SOIT clairement informé avant l'intervention qu'il ne suffit pas de perdre du poids pour être guéri ; et qu'il est un malade chronique relevant d'un suivi à vie. Il convient de personnaliser le parcours de soins et d'accompagner le patient, par des rappels automatiques de consultations.

2. LES MEDECINS GENERALISTES, qui bénéficient d'une connaissance des patients, en particulier sur le plan psychologique et environnemental, peuvent contribuer au parcours de soins de ces patients, sur la base du volontariat (en concertation avec leurs sociétés savantes (CMG et CNGE), dans le cadre de la plateforme de consensus mise en œuvre avec les autres sociétés savantes concernées, sous l'égide de l'Académie nationale de médecine) sous réserve que :

- le patient soit pris en charge bien avant l'intervention et tout au long du suivi ;
- l'équipe chirurgicale soit en contact avec le médecin généraliste avant l'intervention et tout au long du suivi. De manière optimale, ce dernier doit participer aux RCP (par téléphone si nécessaire), et collaborer aux programmes personnalisés de soins dans les sites bariatriques ;
- la HAS doit réviser ses recommandations pour intégrer de façon effective la participation des généralistes dès avant l'opération.
- une formation concrète et spécifique leur permette, en tenant compte de leurs contraintes professionnelles et de leurs besoins, de se familiariser avec ce suivi, à partir de mises en situation et de cas pratiques (en présentiel ou en formation numérique à distance), comme le propose déjà la SOFFCO-MM avec des modules formation validés et déclinés à l'échelons régional ; (visio-conférences, numérisation du parcours de soins...).
- un forfait d'ETP leur soit assuré pour ce suivi, notamment dans les Maisons de Santé pluri-professionnelles.

3. LES AUTORITES SANITAIRES (CNAM, HAS) doivent :

- Veiller à ce que les RCP soient tenues dans le respect des pré-requis réglementaires avant toute intervention de chirurgie bariatrique. Exiger un dossier médical partagé entre les équipes chirurgicales et le médecin généraliste ;
- Faciliter l'accès aux données médicales des patients afin, d'une part, que les professionnels de santé en charge de ce suivi puissent mieux repérer les perdus de vue ; d'autre part, pour que l'engouement envers cette chirurgie soit compensé par une vigilance épidémiologique ;
- Diffuser des guides à l'intention des professionnels de santé et des patients ;
- Augmenter le nombre de centres spécialisés de l'obésité sur la base d'une adéquation avec les besoins territoriaux ;
- Favoriser lorsque cela est possible, le recours aux médecins nutritionnistes, qui doivent être présents dans le parcours de soins de ces patients, à la condition qu'ils soient dûment qualifiés et formés* et que leur nombre permette de répondre à l'accroissement des besoins sur l'ensemble des territoires ;
- Sensibiliser et former les pharmaciens d'officine afin qu'ils puissent repérer, informer, conseiller et orienter les personnes opérées en rupture de suivi médical ;
- Rembourser les dosages biologiques nécessaires au suivi des patients opérés, les traitements de supplémentation en vitamines et minéraux, ainsi que les consultations des psychologues et des diététiciens spécifiquement formés ;
- Rembourser les actes relevant de la chirurgie bariatrique sur la base des consultations complexes.

4. LES SOCIETES SAVANTES s'engagent à mettre en place dès que possible des expérimentations pilotes afin de valider la pertinence de ces recommandations

[171] Enfin, il faut renforcer l'information des patients et le rôle des associations (empowerment).

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

5.2.1 Une qualité et sécurité des soins en constante amélioration

[172] 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 CB 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 sleeves. Cependant, il est à noter que 5 % des sleeve, 5 % des bypass et 11 % des autres techniques se font au sein d'ES déclarant moins de 50 interventions par an.

[173] Par ailleurs, l'HAS a développé d'autre procédure qui concourent plus ou moins directement à améliorer la qualité et la sécurité des soins et l'amélioration des pratiques en CB. S'agissant des établissements de santé publics et privés, une procédure de certification obligatoire permet ainsi d'apprécier le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements. Il s'agit d'une évaluation externe effectuée par des professionnels mandatés par l'HAS, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, qui contribue à l'amélioration des pratiques chirurgicales sans cibler spécifiquement la chirurgie bariatrique. Pour les usagers, les résultats de la certification (et dans un futur proche, des IPAQSS) sont

affichés pour chaque établissements sur Scope Santé, outil de transparence renforçant l'information des patient et, on peut le penser pour l'avenir, le respect des bonnes pratiques.

[174] S'agissant des chirurgiens pratiquant la CB, outre les formations spécifiques déjà évoquées (DIU, DU), une procédure d'accréditation mise en place par l'HAS permet de s'assurer de leur aptitude générale à la gestion des risques médicaux en établissement de santé. Mais, son caractère volontaire, elle concerne la chirurgie viscérale et digestive dans son ensemble sans cibler spécifiquement la chirurgie bariatrique.

[175] Autre outil proposée par l'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 évènement 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. L'analyse systémique, menée lors de la RMM, est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. Le CIO 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.

5.2.2 Une procédure de labélisation par la SOFFCO-MM encore perfectible

[176] Pour améliorer la qualité et la sécurité des pratiques, la SOFFCOMM a mis au point un système de labellisation des établissements de santé sur la base de critères simples. Dans un support de présentation remis à la mission, le Pr Gugenheim, alors président de la SOFFCOMM (mai 2017) a listé ces critères qui concernent la structure (nombre minimum de chirurgien spécialisé, activité minimum¹⁵⁷, environnement de travail), la prise en charge (recommandations, équipe pluridisciplinaire, RCP, suivi, permanence des soins, tenue du registre permettant de documenter et d'évaluer les pratiques...), et la filière de soins dans laquelle doit s'inscrire l'activité du centre (urgences, réanimation, SSR, gastro-entérologie interventionnelle, gynécologie obstétrique, association de patients). Beaucoup de labellisations ont été données à titre provisoire. Cette labellisation qui se fait sur un mode déclaratif concernerait le tandem formé par le chirurgien et son établissement (incluant plus ou moins explicitement l'équipe). Il est envisagé qu'elle soit mise à jour tous les 3 ans sur la base des déclarations des chirurgiens et des établissements¹⁵⁸. Pour ces promoteurs, cette labellisation pourrait inspirer à terme la mise en place d'un régime d'autorisation.

[177] A ce stade, plusieurs inconnues demeurent pour apprécier l'intérêt réel de la labélisation proposée par la SOFFCOMM, la mission n'ayant pas été précisément documentée sur le détail des critères ni sur le nombre de structures labélisées. Il est par ailleurs difficile de savoir qui de l'équipe, du chirurgien ou de l'établissement de santé serait labellisé.

¹⁵⁷ Ce seuil pourrait compris entre 50 et 100 interventions par an. Consulté sur ce point, le CNOM considère également nécessaire de fixer un seuil d'activité minimum pour que la prise en charge amont et aval soit suffisante et bien assurée (pratique opératoire suffisante, capacité à structurer une équipe pluridisciplinaire et à disposer d'un environnement opératoire adapté).

¹⁵⁸ Pour contrôler que les chirurgiens et ES remplissent les critères de volume d'activité, il est prévu de croiser les données du registre avec celles du PMSI (comme cela se fait pour le cancer, dans le cadre de l'autorisation réglementaire ; voir annexe 4 ; § 3.3.3). L'HAS pourrait y contribuer moyennant une meilleure implication à la campagne IPAQSS des établissements concernés

[178] Interrogée par la mission, la HAS a déclaré ne pas avoir eu connaissance de la liste des critères mais confirme avoir eu accès à celle des établissements de santé labellisés. L'analyse qu'elle a faite de cette liste a mis en évidence des problèmes techniques de recoupement (ex : pas le n° Finess de l'établissement de santé dans le registre SOFFCO).

[179] Couplé au processus de labellisation, le projet de Registre de la SOFFCO-MM constitue pour mémoire (cf. § 2.3) un autre levier d'amélioration des soins en permettant une évaluation des pratiques mais dans un horizon probable de quelques années. Y faire figurer des infos sur la qualité des soins serait une idée nouvelle (carence vitaminiques, suivi psy).

5.2.3 Une sinistralité sur laquelle il est difficile de se prononcer

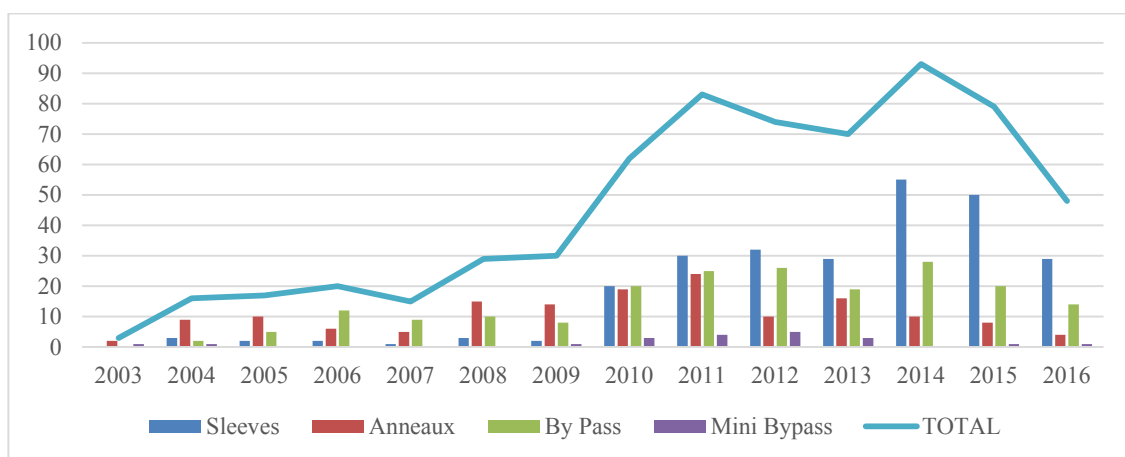
[180] Afin de pouvoir apprécier la « sinistralité » de la CB la mission s'est adressé à l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM) dont la mission est d'organiser une indemnisation amiable, rapide et gratuite des victimes d'accidents médicaux.

[181] De 2003 à 2016, 639 dossiers relevant de la chirurgie bariatrique ont été déposés à l'ONIAM (50 % des dossiers sont traités dans l'année ; 71 % dans les 2 ans et 90 % dans les 4 ans).

[182] Après une lente montée en charge dans les années 2000, le taux de dépôts de dossier a brutalement doublé entre 2009 et 2010 (période de montée en puissance de la sleeve) pour osciller entre 70 et 90 par jusqu'en 2015. En 2016, on observe une diminution assez importante du nombre de dossier déposés qui nécessite d'observer l'évolution des prochaines années avant d'en conclure quoi que ce soit.

[183] Les décès représentaient 16 % de l'ensemble des dossiers déposés dont près de la moitié faisait suite à des by-pass et un tiers des sleeves.

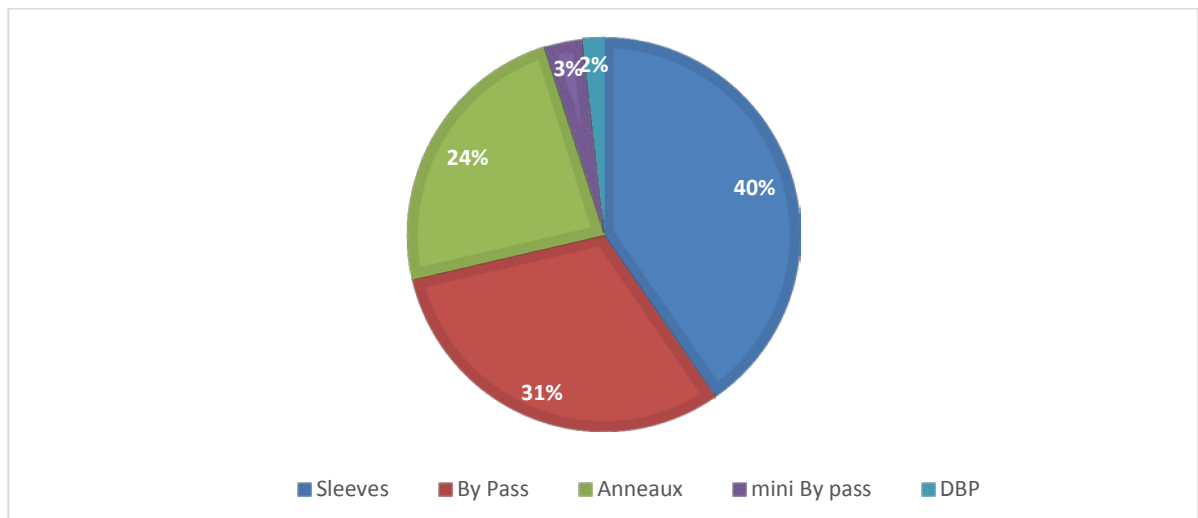
Graphique 5 : Evolution des dépôts de dossiers ONIAM par technique 2003-2016



Source : mission d'après données ONIAM

[184] Sur la période d'étude, la sleeve représente 40 % des dossiers (avec augmentation de 2 à 20 % du nombre des dossiers déposés entre 2009 et 2010), le Bypass 31 %, et les anneaux 24 %. Pour la sleeve et le bypass, les maximums sont atteints en 2014, et en 2011 pour l'anneau, cinétiques qui semblent suivre l'évolution des techniques dans le temps (accroissement de la sleeve et déclin de l'anneau depuis 2010).

Graphique 6 : Part des dossiers ONIAM déposés par technique 2003-2016



Source : mission d'après données ONIAM

[185] 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 une indemnisation (près de 300 dossiers). 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 du le cas échéant. De même, l'absence de données de comparaison fiables avec d'autres spécialités chirurgicales rend difficiles l'interprétation de ces données.

[186] Parmi les autres sources de données sur la sinistralité, le dispositif d'accréditation des chirurgiens viscéraux devrait les conduire 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.

ANNEXE 3

L'OFFRE DE SOINS AUX PERSONNES OBESES : LA CHIRURGIE BARIATRIQUE PARMI D'AUTRES TYPES D'INTERVENTION

1	L'OFFRE DE SOINS DES ETABLISSEMENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTE EST CONSTITUEE D'UN ENSEMBLE DIVERSIFIE D'ACTIVITES.....	84
1.1	L'offre de chirurgie bariatrique a nettement évolué depuis 2008.....	84
1.1.1	La forte croissance du nombre d'opérations de CB, dans un nombre accru d'établissements.....	84
1.1.2	Dans 30 % des établissements, moins de 30 opérations par an soit moins de 2 % du nombre total d'opérations.....	86
1.1.3	La répartition spatiale inégale du taux de recours à la CB ne peut être expliquée seulement par les taux de prévalence de l'obésité.....	87
1.1.4	Les établissements privés à but lucratif continuent de réaliser plus de la moitié de l'activité de CB dans un contexte d'activité qui a évolué.....	89
1.1.5	Le nombre de séjours de personnes obèses pour une prise en charge médicale diminue fortement, malgré la part croissante des séjours de très courte durée.....	90
1.2	Le rôle des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la prise en charge des personnes obèses n'est pas encore suffisamment pris en considération.....	91
1.2.1	Plusieurs actions du plan obésité, consacrées aux SSR pour adultes ou enfants obèses, ont fondé des instructions ministérielles.....	92
1.2.2	Les séjours pour obésité, tous âges confondus ne représentent que 4 % de l'ensemble des séjours en SSR, mais 16 % pour les moins de 18 ans et 9 % pour les 18 – 34 ans.....	93
1.2.3	La différenciation des prises en charge des jeunes obèses en SSR.....	96
1.3	De nombreux types de professionnels sont engagés dans la prise en charge des personnes obèses éligibles à la CB.....	97
1.3.1	Plus de 10 catégories de professionnels interviennent dans la prise en charge des personnes obèses selon des modalités d'exercice et de financement très divers.....	97
1.3.2	Le recours de personnes obèses à un psychologue, un diététicien ou à des activités physiques adaptées est freiné, voire empêché, par l'absence de remboursement.....	101
1.3.3	Des besoins de formation (initiale ou continue) apparaissent dans plusieurs domaines.....	103
2	LA CONSTRUCTION DES PARCOURS DE SOINS SE HEURTE A DES DIFFICULTES POUR MOBILISER DES FINANCEMENTS ADAPTES.....	108

2.1	Plusieurs types de parcours des soins peuvent être organisés	110
2.2	Une dizaine de modalités de coordination actuellement opérationnelles (et financées) pour la prise en charge des personnes obèses	112
2.3	Les personnes obèses ne peuvent pas encore compter sur un développement suffisant de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)	114
2.3.1	Un mouvement général en faveur de l'ETP s'est progressivement construit au cours des 20 dernières années	114
2.3.2	L'ETP est une voie efficace pour qu'une personne obèse évite une intervention de CB ou bien qu'elle s'y prépare puis qu'elle en retire tous les bénéfices	115
2.3.3	Le développement de l'ETP diffère fortement selon les territoires et la volonté des établissements.....	117
2.3.4	Des contraintes structurelles et financières freinent l'extension de l'ETP dans le domaine de l'obésité	119
2.4	L'hospitalisation de jour (HDJ) est bien adaptée pour des soins à des personnes obèses éligibles à la CB.....	121
2.4.1	L'HDJ en MCO s'est développée au cours des années récentes dans un cadre juridique évolutif.....	121
2.4.2	L'HDJ, modalité d'organisation de soins bien adaptée à la prise en charge de personnes obèses, requiert des conditions adéquates.....	123
3	LE CADRE ET LES OUTILS DE REGULATION NE SONT PAS AU NIVEAU DES ENJEUX POSES PAR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE.....	127
3.1	Un pilotage national pluriel et peu coordonné des responsables du ministère de la santé, de la CNAMTS et de la HAS.....	127
3.1.1	Au sein du ministère de la santé, l'obésité n'est pas encore reconnue comme une maladie chronique.....	127
3.1.2	La HAS s'est beaucoup investie pour améliorer la lutte contre l'obésité	128
3.1.3	La CNAMTS intervient selon plusieurs modalités pour améliorer la pertinence des prises en charge des personnes obèses sévères ou morbides	130
3.2	Les outils de la CNAMTS pour encourager l'amélioration des pratiques ne produisent pour l'instant que des effets limités	132
3.2.1	La prise en charge ambulatoire des personnes obèses peut se heurter à des limites financières.....	132
3.2.2	Plusieurs types d'instruments d'incitation ou de contrôle (entente préalable, mise sous accord préalable (MSAP), ...) avec des effets qui restent modestes.....	135
3.3	Les outils de l'Etat entre les mains des ARS se révèlent difficiles à utiliser en pratique	139
3.3.1	Dans les ARS des responsables mobilisés mais qui manquent de moyens pour agir	139
3.3.2	Les PRS peuvent constituer le cadre d'un développement de la prévention de l'obésité et de l'organisation de soins adaptés	140

3.3.3 Les autorisations d'activité, un levier qui n'est pas encore mobilisé pour renforcer la qualité des opérations de CB	141
3.3.4 Les Plans d'action pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) sont un appui aux actions d'accompagnement.....	145
3.3.5 La capacité d'action des ARS au travers le financement de l'ETP, des réseaux ou des PTA reste faible.....	147

[187] Avant de décrire l'offre de soins aux personnes obèses deux précisions sont nécessaires afin de bien distinguer soins pour des personnes obèses (et certaines en surpoids) et chirurgie bariatrique : qui sont les personnes concernées ? et par quel type de prise en charge ?

Tout d'abord, il faut prendre en compte des soins à :

- des personnes obèses modérées dont l'IMC < 35 et des personnes en surpoids (IMC entre 25 et 35) dans un but de prévention de l'obésité ou de son aggravation ;
- des personnes obèses (IMC > 35 sévère ou multi-compiquée) qui pourraient relever de la chirurgie bariatrique, que ces soins soient apportés avant l'opération ou comme « alternative » à une opération qui ne peut avoir lieu pour des raisons médicales ;
- des personnes obèses opérées, pour un « suivi » après une opération de CB.

Ensuite, des spécialités ou des modes d'exercices sont très importants :

- les domaines de soins (endocrinologie, métabolisme, nutrition ; psychiatrie) qui prennent en charge des personnes obèses et les professionnels tels les diététiciens ou ceux des activités physiques adaptées ;
- les types d'activités comme les consultations externes, l'hospitalisation de jour et l'éducation thérapeutique parce que l'attention serait concentrée sur l'hospitalisation temps plein et sa variante que constitue la chirurgie ambulatoire ainsi que les modes d'activités « en ville ».

[188] Pour autant, c'est sur l'offre de CB que portera le 1.1, avant un 1.2 consacré aux SSR puis un 1.3 consacré à la diversité des professionnels qui interviennent dans la prise en charge des personnes obèses. Le 2.1 porte sur l'organisation des parcours, le 2.2 décrit la dizaine de modalités de coordination, et le 2.3 traite de l'HDJ (hôpital de jour) puis le 2.4 de l'ETP (éducation thérapeutique du patient) comme modalités de prise en charge. Enfin le 3 aborde les questions de régulation au niveau national et régional

1 L'OFFRE DE SOINS DES ETABLISSEMENTS ET PROFESSIONNELS DE SANTE EST CONSTITUEE D'UN ENSEMBLE DIVERSIFIE D'ACTIVITES

[189] Les soins aux personnes obèses rassemblent des types très divers d'activités et de professionnels médicaux, soignants et de métiers autres que le soin. La chirurgie bariatrique focalise l'attention, mais elle ne constitue pas le seul type de soins, loin s'en faut, y compris pour les parcours de soins dans lesquels elle est une étape majeure. C'est un continuum d'activités qu'il faut considérer, où des professionnels interviennent en établissement de santé MCO (1.1) en consultation ou en hospitalisation complète ; en SSR (1.2) ; ou bien en libéral ou au sein d'organisations souvent qualifiées de « nouveaux modes d'organisation » (1.3).

1.1 L'offre de chirurgie bariatrique a nettement évolué depuis 2008

1.1.1 La forte croissance du nombre d'opérations de CB, dans un nombre accru d'établissements

[190] La croissance du nombre d'interventions de CB quelle que soit la source de l'étude et la définition du périmètre des interventions recensées, est particulièrement vive au cours des années récentes. Le nombre d'interventions de CB est, par ex. multiplié par 2,5 entre 2008 et 2016, selon l'ATIH (voir ci-après). Dans le même temps, de fortes évolutions touchent les ES où sont pratiquées ces opérations.

[191] Le tableau ci-dessous présenté par la CNAMTS dans son *Rapport sur l'évolution des charges et produits pour 2018*¹⁵⁹ fournit une première approche

Tableau 1 : Evolution de l'activité de chirurgie bariatrique entre 2011 et 2015

Nombre de patients opérés par an Tous régimes France entière	Nombre d'actes			Nombre d'établissements		
	2011	2013	2015	2011	2013	2015
<30	1 718	1 703	1 561	175	141	132
30 à 49	2 690	1 738	2 339	68	46	60
50 à 99	6 292	7 274	6 482	86	105	91
100 à 199	9 141	10 721	11 720	64	79	84
200 et +	10 672	20 282	25 835	32	62	74
total	30 513	41 718	47 937	425	433	441

Source : PMSI / CNAMTS

[192] Ce tableau montre que, au cours des années 2011 à 2015 :

- Le nombre d'actes croît de 57 % tandis que le nombre d'établissements où la CB est pratiquée ne croît que de 4 % ;

¹⁵⁹ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018 présenté en juillet 2017, p. 130

- La croissance de l'activité est réalisée dans les « plus gros » établissements (le nombre d'établissements où sont réalisées plus de 200 interventions est multiplié par 2,5) tandis que le nombre d'établissements où sont réalisées moins de 30 interventions décroît (-25 %).

[193] Sur une plus longue période et à partir d'une autre méthode de comptabilisation du nombre d'opérations de chirurgie bariatrique¹⁶⁰, le tableau suivant et le graphique correspondant peuvent être dressés à partir de données fournies par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

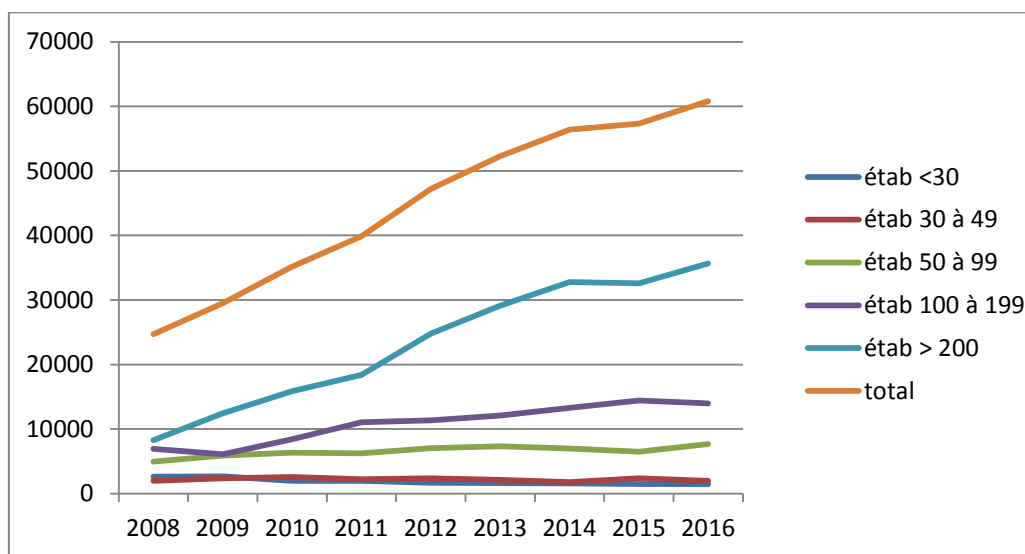
Tableau 2 : Evolution entre 2008 et 2016 du nombre d'actes de chirurgie bariatrique (total et répartition par catégories d'établissements selon leur nombre d'actes)

Nombre d'actes de CB dans l'établissement	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
< 30	2 624	2 668	1 960	1 963	1 681	1 644	1 584	1 470	1 474
30 à 49	1 971	2 390	2 582	2 237	2 369	2 144	1 783	2 384	1 969
50 à 99	4 935	5 897	6 327	6 213	7 009	7 313	6 979	6 473	7 691
100 à 199	6 918	6 089	8 404	11 067	11 348	12 078	13 276	14 412	13 978
200 et +	8 256	12 449	15 880	18 402	24 799	29 101	32 766	32 585	35 671
total	24 704	29 493	35 153	39 882	47 206	52 280	56 388	57 324	60 783

Source : IGAS d'après ATIH

Figure 1 : Evolution entre 2008 et 2016 du nombre d'actes de chirurgie bariatrique (total et répartition par catégories d'établissements selon leur nombre d'actes)

Nombre d'opérations de CB



Source : IGAS d'après ATIH

¹⁶⁰ Dans le tableau 1, les chiffres sont fondés sur les groupes homogènes de malades de chirurgie bariatrique (GHM) dans le tableau 2, sur les actes (de chirurgie bariatrique) selon la classification commune des actes médicaux CCAM qui peuvent avoir été enregistrés dans un autres GHM (voir annexe 5) ce qui explique les différences de chiffres

[194] Ce graphique montre encore plus nettement la très vive croissance du nombre d'opérations de CB (nombre multiplié par 2,5). Ceci est tout particulièrement fort pour les établissements où sont réalisées plus de 100 opérations ; et encore plus pour la tranche des plus de 200 opérations. Mais, une inflexion de cette croissance se dessine à partir de 2013 : entre 2008 et 2013, la croissance du nombre d'opérations dans cette catégorie de « gros établissements » est de 30 % / an ; elle « n'est plus » que de 7 % entre 2013 et 2016.

1.1.2 Dans 30 % des établissements, moins de 30 opérations par an soit moins de 2 % du nombre total d'opérations

[195] Les mêmes strates d'établissements que dans les tableaux précédents sont reprises ici, pour la seule année 2016, et complétées par l'information sur la nature juridique de l'établissement.

Tableau 3 : répartition des établissements selon leur nature juridique et le nombre d'actes de chirurgie bariatrique en 2016

	Nombre d'établissements				% des actes par strate d'établissements
Nombre d'actes de CB en 2016	Publics	Privés sans but lucratif	Privés à but lucratif	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

[196] Les observations qui en émanent sont notamment que :

- Les 200 établissements environ où sont effectuées 100 opérations ou plus par an, réalisent 80 % de l'activité ;
- Au contraire, les établissements où sont pratiquées moins de 30 opérations par an (soit, moins de 1 par semaine, en moyenne) sont très nombreux (154 établissements) ; mais l'ensemble de leur activité de CB représente une faible part (2 %) de l'activité totale ; parmi ceux-ci se trouvent à la fois des établissements publics, des établissements privés sans but lucratif (établissement de santé privé d'intérêt collectif) et des établissements privés à but lucratif (et si le seuil est placé à 50 opérations par an, ce sont 200 établissements qui sont concernés et 5 % du total des opérations de CB).

[197] Cette situation actuelle est d'autant plus notable que l'évolution a été très sensible au cours des années récentes (voir tableau et graphique ci-dessous).

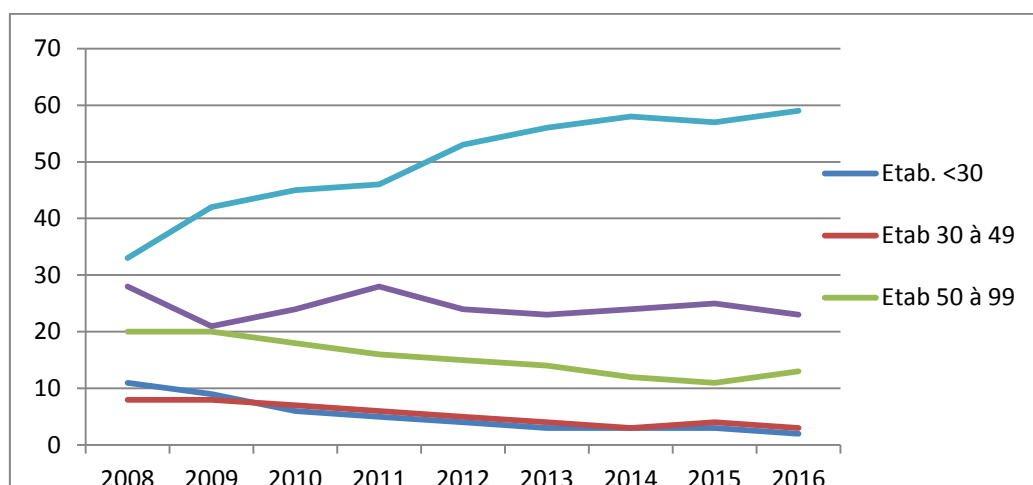
Tableau 4 : Evolution entre 2008 et 2016 de la répartition du nombre d'actes par strates d'établissements classés selon leur nombre d'actes de chirurgie bariatrique

Nombre d'actes dans l'établissement	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
< 30	11 %	9 %	6 %	5 %	4 %	3 %	3 %	3 %	2 %
30 à 49	8 %	8 %	7 %	6 %	5 %	4 %	3 %	4 %	3 %
50 à 99	20 %	20 %	18 %	16 %	15 %	14 %	12 %	11 %	13 %
100 à 199	28 %	21 %	24 %	28 %	24 %	23 %	24 %	25 %	23 %
200 et +	33 %	42 %	45 %	46 %	53 %	56 %	58 %	57 %	59 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : ATIH

Figure 2 : Evolution entre 2008 et 2016 de la répartition du nombre d'actes par strates d'établissements classés selon leur nombre d'actes de chirurgie bariatrique

En % du total des actes



Source : IGAS d'après ATIH

[198] Cette figure, assez semblable à la figure 1, fait ressortir encore plus nettement que les établissements de moins de 50 opérations dans l'année ne réalisent plus qu'une toute petite fraction (5 %) du nombre d'opérations de CB. Et, près de 300 établissements dépassent ce seuil de 50 opérations par an avec, de surcroît, une couverture géographique assez dense (pour une chirurgie programmée).

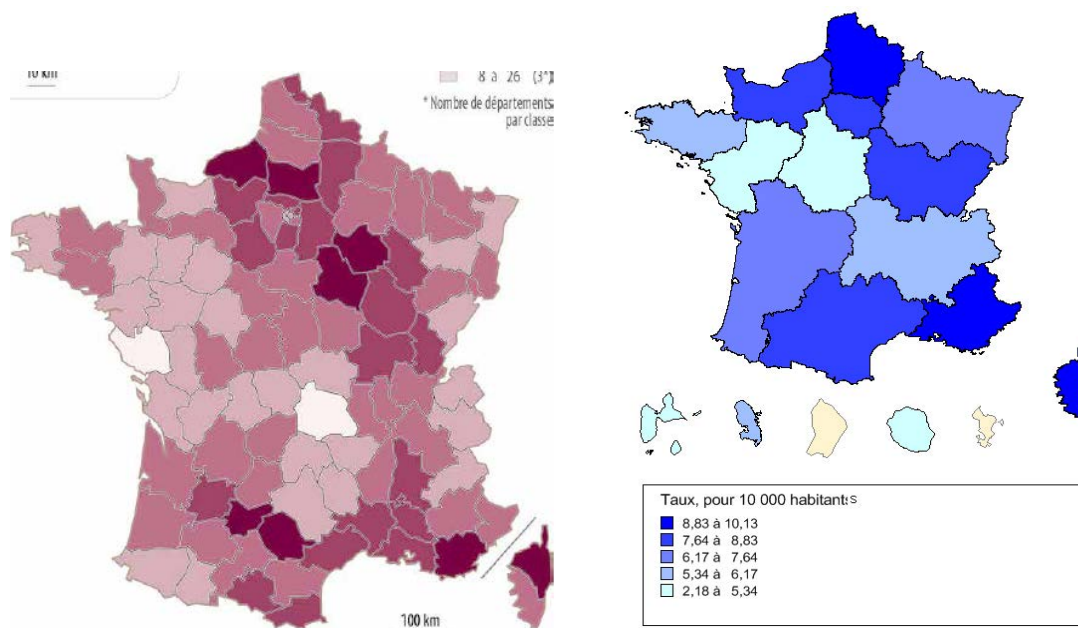
1.1.3 La répartition spatiale inégale du taux de recours à la CB ne peut être expliquée seulement par les taux de prévalence de l'obésité

[199] Les cartes produites par l'IRDES et la CNAMTS (voir ci-dessous) permettent de visualiser aisément le développement inégal du recours à la CB selon les régions et les départements et attirent l'attention sur le rôle déterminant de l'offre. En effet, si le déterminant fondamental du recours à la CB est bien, au point de vue médical, l'obésité sévère ou morbide, et que la prévalence de ces obésités en constitue la mesure (voir annexe 2), les écarts de prévalence ne peuvent expliquer que partiellement des écarts de taux de recours.

[200] D'une part, ces taux de recours divergent de façon très forte selon les départements et les régions, comme ceci apparaît dans les cartes ci-après ; ainsi :

- les taux de recours standardisés¹⁶¹ étaient en 2014 (voir carte de gauche) pour les départements : inférieur à 55 pour 34 départements ; entre 56 et 114 pour 58 départements ; entre 115 et 170 pour 8 départements ;
- les taux de recours considérés par région (voir carte de droite), présentent des différences également très nettes

Schéma 1 : Taux d'intervention pour chirurgie bariatrique, par département (taux standardisés ; en 2014) et par région (en 2015)



Source : IRDES et CNAMTS

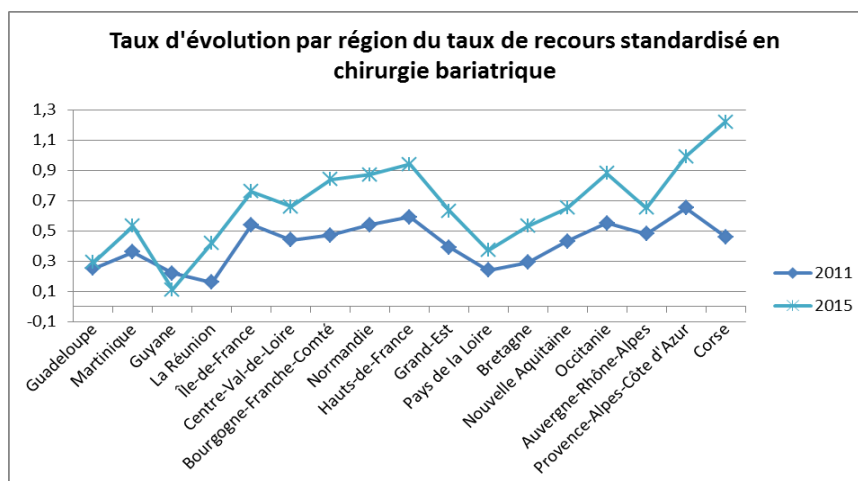
[201] D'autre part, la comparaison des taux de recours standardisés, de 2011 et 2015, montre une évolution des taux de recours quasi parallèle en 4 ans dans toutes les régions sauf deux (la Guyane¹⁶² et la Corse) : l'augmentation du taux de recours est en moyenne de 0,25 point. Cette observation rejoint celles auxquelles arrive aussi l'IRDES, dans ses études sur la reconfiguration de l'offre de soins aux personnes touchées par le cancer¹⁶³.

¹⁶¹ La standardisation des taux de recours provient du redressement de la composition par sexe et par âge de la population d'un territoire

¹⁶² En Guyane, le seul établissement pratiquant cette chirurgie a vu son autorisation retirée (les patients sont opérés depuis lors dans un hôpital parisien de l'AP-HP)

¹⁶³ Malgré une importante restructuration de l'offre en chirurgie carcinologique et en chimiothérapie, entre 2007 et 2012, les disparités de recours à ces deux types de soins persistent entre les départements ; voir L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 2012 ; Questions d'économie de la santé, n°221 ; janvier 2017 ; Julia Bonastre (Inserm, Institut Gustave Roussy), Virginie Mobillion (Upec, Irdes), Zeynep Or (Irdes), Mariama Touré (Irdes) et Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France, n°226 ; mars 2017 ; les mêmes et Chafika Mazouni (Institut Gustave Roussy).

Schéma 1 : Taux d'évolution par région du taux de recours standardisé en chirurgie bariatrique



Source : ATIH

1.1.4 Les établissements privés à but lucratif continuent de réaliser plus de la moitié de l'activité de CB dans un contexte d'activité qui a évolué

[202] En considérant le périmètre des actes de chirurgie bariatrique le tableau suivant peut être dressé (hors DOM et Corse) :

Tableau 5 : Part des opérations de CB réalisées en établissement privé à but lucratif selon les régions

Part des opérations de CB réalisées en établissement privé à but lucratif	40 %	51 % 54 %	Entre 57 % et 64 %		Entre 70 % et 75 %
Régions	Grand Est	Pays de la Loire Provence Alpes-Côte d'Azur	Nouvelle Aquitaine Bourgogne – Franche-Comté Île de France	Normandie Hauts de France Centre - Val de Loire	Bretagne Occitanie Auvergne Rhône Alpes

Source : Mission IGAS, d'après ATIH

[203] La part majoritaire des établissements privés à but lucratif dans l'activité de CB quelle que soit la région (sauf Grand Est) et la relative homogénéité des parts régionales (entre 51 et 64 % ; hors les régions Bretagne, Occitanie et Auvergne Rhône Alpes : entre 70 % et 75 %) s'expliquent largement par le rôle « précurseur », dans le recours à la CB, des chirurgiens opérants dans ces établissements.

[204] Cette réalité territoriale et structurelle, soulignée par les experts rencontrés par la mission, conduit à esquisser la construction, en parallèle, de plusieurs logiques organisationnelles :

- Secteur public : le développement d'unités de CB, pluridisciplinaires, confortées dans leur organisation et leur positionnement depuis la création des CSO (parmi lesquels 27 CHU et 4 CH et voir annexe 5) exerçant un niveau 3 de soins, ainsi que de niveau 2 et 1 ; et, à côté environ 70 établissements où moins de 30 opérations bariatriques sont effectuées chaque année ;

- Secteur privé non lucratif : le nombre des établissements où sont pratiquées des opérations de CB est relativement faible et leur positionnement¹⁶⁴, tel que décrit à la mission, semble très largement marqué par des choix réalisés à un niveau territorial ;
- Secteur privé lucratif : trois types d'établissements peuvent être décrits à partir du nombre d'interventions en CB (voir tableau 3). Mais cette structuration ne suffit pas pour rendre compte de la constitution progressive de grands groupes privés dans le secteur MCO (RAMSAY Générale de santé ; ELSAN ; Capio ; ...).

[205] A ces remarques, s'ajoute, pour les responsables d'un établissement (quelle que soit sa nature juridique), que l'activité de CB peut représenter, même si elle est quantitativement faible, une « porte d'entrée » pour de la clientèle (en moyenne en France ; la CB représente 0,83 % de l'activité MCO d'un établissement de santé) ou constituer un appoint utile pour l'équilibre économique d'un bloc opératoire.

[206] De plus, la CB n'est pas une chirurgie programmée comme les autres. Il y a une possibilité de « fuite » parce que le patient ne veut pas attendre et préfère être opéré « vite », même si c'est par un autre chirurgien et dans un autre établissement.

[207] Ces réalités ne peuvent être sous-estimées. Elles rentrent en ligne de compte dans le choix par des responsables d'établissements de maintenir une activité de CB.

1.1.5 Le nombre de séjours de personnes obèses pour une prise en charge médicale diminue fortement, malgré la part croissante des séjours de très courte durée

[208] Les séjours que le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) classe dans le GHM « obésité » sont eux-mêmes répartis entre les niveaux de sévérité 1 à 4 plus le niveau T correspondant à une hospitalisation « de très courte durée », en pratique « de jour ». Les tableaux ci-après montrent l'évolution de leur nombre et de leur répartition entre 2010 et 2016 ; d'abord pour les établissements privés lucratifs :

Tableau 6 : Evolution du nombre de séjours en médecine pour obésité entre 2010 et 2016 dans les établissements privés à but lucratif et leur répartition selon le niveau de sévérité (en %)

niveau	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
T	35,2 %	27,4 %	29,7 %	32,1 %	40,5 %	39,9 %	41,8 %
1	40,1 %	47,0 %	40,7 %	40,6 %	37,4 %	36,8 %	33,2 %
2	22,3 %	23,1 %	26,9 %	24,9 %	19,3 %	20,4 %	22,7 %
3	2,2 %	2,3 %	2,2 %	2,2 %	2,5 %	2,8 %	2,0 %
4	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %
total	5 423	4 750	4 719	4 225	3 748	3 372	3 593

Source : IGAS à partir de données ATIH

¹⁶⁴ Mais, l'activité de CB de certains de ces établissements est forte ; ainsi, par exemple, respectivement près de 250 et 300 opérations de CB ont été réalisées en 2016 par l'hôpital privé d'Ambérieu et la clinique Mutualiste de l'Estuaire

Puis, pour les établissements publics et privés non lucratifs :

Tableau 7 : Evolution du nombre de séjours en médecine pour obésité entre 2010 et 2016 dans les établissements publics et privés non lucratifs et leur répartition selon le niveau de sévérité (en %)

niveau	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
T	52,7 %	55,1 %	58,4 %	54,5 %	58,3 %	58,1 %	59,3 %
1	33,6 %	30,7 %	28,5 %	31,4 %	26,0 %	27,0 %	24,7 %
2	11,2 %	11,9 %	10,7 %	11,5 %	12,5 %	11,8 %	12,9 %
3	2,0 %	0,5 %	1,7 %	2,4 %	3,0 %	2,9 %	2,8 %
4	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	0,3 %
total	19 629	19 762	21 388	20 857	17 233	15332	14 814

Source : IGAS à partir de données ATIH

[209] Ces deux tableaux font apparaître :

- Une prépondérance des établissements publics et privés non lucratifs ; leur activité est près de 4 fois plus importante que celles des établissements privés lucratifs ;
- Des évolutions semblables de ces deux grandes catégories d'établissements : baisse du nombre total des séjours ; baisse du pourcentage de séjours de niveau 1 environ du même ordre que la hausse du pourcentage de séjours de courte durée ;
- Une différence dans les répartitions entre niveaux : les établissements privés lucratifs accueillent proportionnellement plus de personnes obèses pour des séjours de niveau 2 ; et réciproquement pour les niveaux 1 et T (courte durée) qui représentent en 2016 environ 60 % des séjours en médecine pour obésité des établissements publics et privés non lucratifs (ils en représentaient près de 50 % en 2016). Ainsi, les séjours de courte durée en médecine sont effectués à 85 % dans des établissements publics et privés non lucratifs.

1.2 Le rôle des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la prise en charge des personnes obèses n'est pas encore suffisamment pris en considération

[210] Le regard porté sur les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans la prise en charge des personnes est souvent trop rapide, alors que les séjours dans ces établissements de « moyen séjour » représentent 27 % de l'activité hospitalière¹⁶⁵. Pour preuve, si besoin, la relative faiblesse des données statistiques sur ces établissements ou les réponses souvent lacunaires apportées par les ARS au questionnaire IGAS (voir annexe 7 ; question du § 6). Malgré la volonté du PO (présenté au Conseil des ministres du 20 juillet 2011) les instructions données à la suite de celui-ci s'inscrivent dans cette tendance.

¹⁶⁵ Source « les établissements de santé » ; Panorama de la DREES ; édition 216 ; p. 120

1.2.1 Plusieurs actions du plan obésité, consacrées aux SSR pour adultes ou enfants obèses, ont fondé des instructions ministérielles

[211] Certes, très vite, l'action 4 du PO est mise en œuvre grâce à l'instruction DGS / DGOS 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) et celle-ci comprend, d'une part, un paragraphe II.3.2. consacré aux SSR et, d'autre part, une annexe dédiée à l'identification des CSO (et CIO), qui précise qu'un partenariat spécifique doit être établi et formalisé avec un établissement autorisé en SSR. La mesure 1.6 (= l'action 9) du plan obésité prévoit en effet d'assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée (IMC > 35 ou poids > 135 kg) à des prises en charge adaptées en SSR. Il est prévu qu'un établissement autorisé en SSR par région assume cette responsabilité en lien avec un centre spécialisé.

[212] Puis il faut attendre l'instruction du 23 mars 2012 *relative à la mise en œuvre des actions 9 et 25 du plan obésité* pour qu'une traduction effective soit apportée à ces actions dédiées aux SSR :

- action 9 : L'identification par les ARS de SSR pour « Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée à des prises en charge adaptées (en SSR) » ;
- action 25 : Le choix, dans le cadre d'un appel d'offres national de 2 SSR pédiatriques : « Identifier des unités d'accueil en SSR pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésité syndromique et du syndrome de Prader-Willi, en lien avec le centre de référence pour la prise en charge du syndrome de Prader-Willi »¹⁶⁶.

[213] Cette instruction comportait un calendrier et, en pièces jointes, des cahiers des charges (9 pages et 6 pages), en vue de la sélection de ces SSR. Elle précisait les modalités d'attribution des crédits pour l'action 9 : « (ces SSR) peuvent être éligibles au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) prévu en 2011 permettant d'adapter ou d'amorcer l'équipement de ces établissements¹⁶⁷ ».

[214] La présentation de ces actions, leur inclusion dans un plan plus général (le PO comporte 36 actions) et l'affirmation d'une volonté de cohérence ainsi qu'une enveloppe (limitée) de crédits pour renforcer les dispositifs ne peuvent masquer une ambiguïté :

- Pour les enfants et adolescents : aucune directive particulière n'avait visé à réorienter l'activité des SSR qui prenaient pourtant en charge annuellement environ 10 000 jeunes (à comparer avec les 500 patients de moins de 18 ans atteint du syndrome de Prader Willi, objet d'une note consacrée à l'action 25). Cette note de 6 pages décrivait précisément ce qui était attendu des 2 SSR à créer pour les jeunes atteints du syndrome de Prader Willi. Par comparaison seulement quelques paragraphes dans les 9 pages de la note consacrée à l'action 9 présentent les particularités de la prise en charge d'enfants ou d'adolescents obèses en SSR, et ces paragraphes sont très généraux¹⁶⁸ ;

¹⁶⁶ La création du centre de l'obésité Bernard DESCOTTES à Saint-Yrieix la Perche (Haute-Vienne) le 1er octobre 2012 Et, voir aussi, en Ile-de-France le dispositif mis en place par 3 établissements : le CRFI (à Brolles) et le CMJE (à Montreuil) de l'UGECAM et le Centre « La Gabrielle » (à Claye-Souilly) de la MFPASS.

¹⁶⁷ La circulaire, indiquait un montant de 115 385 € par région, et précisait que l'attribution des crédits devait intervenir avant le 15 juin 2012 et être traduite dans un avenant au CPOM.

¹⁶⁸ Il en est de même quand est mentionnée de façon très sommaire (« Recommandations de la HAS ») la recommandation de bonne pratique de la HAS « Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent – actualisation des recommandations de 2003 » (septembre 2011) qui est un document fondamental de plus de 220 pages

- Pour les adultes : le document consacré à l'action 9, constitue sans l'affirmer aussi clairement, un cadrage stratégique et pratique des missions et conditions de fonctionnement des SSR où sont accueillies des personnes obèses : adultes et enfants (des précisions sont apportées à leur intention à plusieurs reprises) Ses 9 pages sont structurées en *I : missions et indications principales de prise en charge en SSR ; II. Chez l'enfant ou l'adolescent ; III. Modalités et contenu de la prise en charge en SSR ; IV. Ressources humaines et matérielles requises ; V. Cohérence et coordination territoriale*. Or cette note a été transmise aux ARS comme une simple pièce jointe d'une instruction, intitulée sobrement *instruction du 23 mars 2012 relative à la mise en œuvre des actions 9 et 25 du plan obésité*, titre déjà cité et qui apparaît très technique alors que son intérêt est nettement plus grand.

En somme, les documents consacrés aux actions 9 et 25 sont présentés comme des « cahiers des charges » ce qui est exact mais leur ambition aurait pu être plus grande parce qu'elles décrivent un cadre d'action judicieux et nécessaire pour faire évoluer le rôle des SSR pour les personnes obèses.

[215] Ainsi, le PO n'a pas vraiment réussi à renverser, dans le champ de la prise en charge de l'obésité, l'insuffisante reconnaissance générale des SSR, souvent rapportée à la moindre technicité des actes par rapport à ceux effectués pendant un séjour en service de chirurgie ou de médecine et/ou à leur place « en amont » ou « en aval » de ces séjours hospitaliers dont ils ne seraient que les compléments et/ou au niveau nettement inférieur des « tarifs » et à la longueur des séjours alors que la tendance générale est de mettre en valeur l'intensité et la brièveté.

[216] Au sein de l'ensemble des séjours en SSR, ceux pour obésité souffrent non seulement de l'attention secondaire qui leur est portée dans la « filière de prise en charge » mais s'y ajoute leur importance quantitative relativement faible et très ciblée, dans le champ du moyen séjour.

1.2.2 Les séjours pour obésité, tous âges confondus ne représentent que 4 % de l'ensemble des séjours en SSR, mais 16 % pour les moins de 18 ans et 9 % pour les 18 – 34 ans

[217] Les deux décrets du 17 avril 2008 relatifs, pour l'un, aux conditions techniques de fonctionnement et, pour l'autre, aux conditions d'implantation des SSR, ont réformé les bases réglementaires, qui restent depuis lors en vigueur. Parmi celles-ci, celle qui produit le plus d'effet pour les personnes obèses est l'articulation de :

- une seule modalité d'autorisation (cela correspond au SSR indifférencié ou polyvalent pour adultes) avec des possibilités de mentions complémentaires ;
- une mention pour la prise en charge d'enfants et/ou adolescents, à titre exclusif ou non (cette mention est transversale et peut être conjuguée avec une ou plusieurs autres mentions « techniques ») ;
- les mentions complémentaires correspondent à une ou plusieurs prises en charge spécialisées pour les (catégories d') affections suivantes : de l'appareil locomoteur ; du système nerveux ; cardio-vasculaires ; respiratoires ; **des systèmes digestif, métabolique et endocrinien** ; onco-hématologiques ; affections des brûlés ; affections liées aux conduites addictives ; affections des personnes âgées poly-pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance.

Les études réalisées par la DREES¹⁶⁹ à la suite, fournissent les informations suivantes :

- 1833 établissements en 2014 (contre 1762 en 2008) ; 116.000 lits et places¹⁷⁰ (contre 105 500, soit +10 %) et 1 400 000 séjours (contre 930 000, soit +50 %) ;
- Un resserrement des densités régionales (nombre de lits et places / population) autour de la moyenne nationale entre 2000 et 2008, puis encore entre 2008 et 2014.
- Une répartition environ par tiers (en 2014 et environ de même en 2008) des lits et places entre secteur public (39 %), secteur privé non lucratif (30 %) et secteur privé commercial (30 %)

[218] La présentation DREES de 2016 fait surtout ressortir la part majoritaire des personnes âgées de plus de 70 ans en SSR (plus de la moitié des séjours qui, en outre, durent plus longtemps) et la variété des raisons principales d'orientation vers un SSR (voir tableau ci-après).

Tableau 8 : Répartition des séjours en SSR (en 2014) selon la morbidité enregistrée à l'admission

Morbidité	Affection appareil cardiovasc	Affection appareil respirat.	Affection système digestif métaboli et endocri.	Lésions traumat. etc	Maladies système nerveux (dont paralysies cérébrales)	Maladie système ostéo articulaire, muscles, ...	Troubles mentaux	Tumeurs malignes	autres
Nb de séjours (milliers)	172	55	109	203	173	272	117	68	231

Source : Mission, à partir de « Panorama des établissements de santé » (déjà cité) ; ATIH, PMSI – SSR 2014

[219] Au sein des 109 000 séjours (voir 4ème colonne), fondés sur une affection du système digestif métabolique et endocrinien, sont comptabilisées les admissions à cause d'un diabète (16 000) ou de l'obésité (55 000) ; ce qui peut paraître faible au regard du nombre total de séjours en SSR (soit 1 401 000 en 2014).

[220] Pour autant, la contribution des SSR à la prise en charge de l'obésité n'est pas « marginale » : les SSR interviennent pour des catégories extrêmement variées d'affections ou maladies, ce qui diminue arithmétiquement la part relative de chaque type d'affection.

[221] En outre, au sein de la prise en charge de l'obésité, des différences majeures existent selon le niveau d'obésité, comme le montre une étude réalisée en 2011 par la DGOS à partir des données du PMSI-SSR, avec une focale sur la prise en charge de l'obésité morbide en SSR. Cette étude met en lumière que :

- 61 % du total des journées pour obésité l'étaient pour « obésité morbide »
- 23 % des SSR qui prenaient en charge des adultes pour obésité (ces SSR représentent 60 % du total des SSR), accueillaient des personnes avec « obésité morbide » et, parmi ces SSR, les 10 % qui ont l'activité la plus importante réalisent 80 % des journées.

¹⁶⁹ Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins, Dossiers solidarité et santé, n°23 – 2011 ; Dr Fabienne COQUELET et Hélène VALDELIEVRE ; cette étude fournit des informations de cadrage qui ont servi pour leur actualisation, en 2016 (avec des données 2014) et permettent des comparatifs.

¹⁷⁰ Par comparaison, les établissements de santé MCO en 2014 : 3 111 établissements ; 484000 lits et places (source DREES)

[222] Cette étude montrait qu'un net écart existait (voir tableau ci-dessous, où les données ne sont présentées que pour quelques régions) selon les régions, entre :

- le nombre de journées en SSR pour obésité (colonne 3) ou obésité morbide (colonne 4) et le nombre de personnes obèses (voir colonnes 2)
- le recours à des SSR hors région (colonne 6).

Tableau 9 : Prise en charge de l'obésité dont obésité morbide, en SSR, dans quelques régions

Régions	% de personnes obèses de la région / France	% jours présence en SSR obésité / France	% jours présence SSR obésité morbide / France	nb jours présence SSR obésité morbide Chiffres arrondis	nb de journées hors région obésité morbide Chiffres arrondis	% de journées hors région obésité morbide (col 6 / col7)
<i>Numéro des colonnes</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
Nord Pas de Calais	8,8 %	3,8 %	13,9 %	12 800	700	5,4 %
Ile de France	16,4 %	12,6 %	13,9 %	36 600	8 000	22,0 %
Pays de Loire	5,0 %	1,3 %	1,8 %	4 800	300	6,5 %
PACA	6,0 %	27,4 %	23,0 %	60 400	14 400	23,9 %
Centre	4,8 %	8,7 %	8,2 %	21 700	11 900	54,9 %
Midi-Pyrénées	4,1 %	7,8 %	8,0 %	21 000	5 800	27,6 %
FRANCE	100 %	100 %	100 %	263.000	55 600	21,1 %

Source : Mission IGAS à partir de DGOS ; Enquête OBEPI 2009 et PMSI SSR 2010 ;

[223] Les résultats (colonnes 2, 3 et 4) de PACA, Centre et Midi-Pyrénées montrent un recours aux SSR, pour obésité et pour obésité morbide, nettement supérieur au % de personnes obèses dans ces régions par rapport à la France entière ; et leur symétrique pour les Pays de Loire, une situation « quasi normale » pour l'Ile-de-France. Les chiffres du Nord montrent un relativement faible recours au SSR au stade de l'obésité, puis, quand l'obésité morbide est installée, un recours obligé et très élevé. Cette importance du recours est liée à l'importance de l'équipement en SSR dans la région mais quand celui-ci est élevé (PACA, Centre et Midi-Pyrénées) il s'avère ne pas suffire pour les besoins et induit une demande de prise en charge hors région (colonnes 6 et 7).

[224] Par ailleurs, l'intervention des SSR pour des personnes atteintes d'obésité se concentre sur certaines tranches d'âge (les enfants et adolescents et les jeunes adultes) pour lesquelles elle constitue une part significative des séjours, comme ceci ressort nettement du tableau ci-après.

Tableau 10 : Part des séjours en SSR réalisés en 2014 pour cause d'obésité et diabète (et information à titre indicatif pour affection de l'appareil cardio-vasculaire par classe d'âge

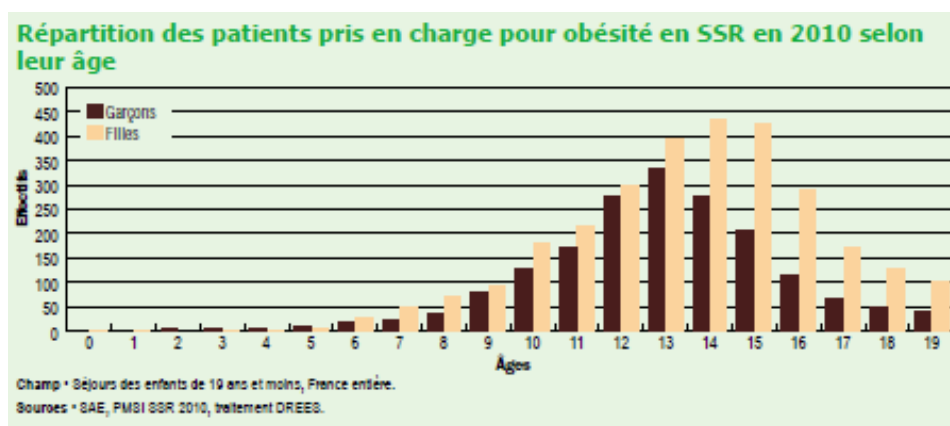
	Part (en %) dans la totalité des pathologies ayant fondé l'admission en SSR, et par classe d'âge					
	Tous âges	< 18 ans	18 – 34 ans	35 – 69 ans	70 – 84 ans	> 85 ans
Diabète	1 %	2 %	0 %	2 %	1 %	0
Obésité et autres excès d'apport	4 %	16 %	9 %	6 %	1 %	0
Affection de l'appareil cardiovasculaire (pour comparaison)	12 %	0 %	2 %	15 %	13	12 %
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (pour comparaison)	19 %	16 %	23 %	23 %	22 %	9 %

Source : Mission, à partir de « Panorama des établissements de santé » (déjà cité) ; ATIH, PMSI – SSR 2014

[225] Pour les enfants et adolescents, l'obésité est la raison principale de l'admission dans 16 % des cas, autant que la catégorie « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » et que la catégorie « paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques » également à 16 %. Si l'obésité se situe, ainsi, en tête des raisons d'admissions pour les mineurs, son importance relative décroît nettement pour les classes d'âges d'adultes, jusqu'à quasiment disparaître après 70 ans.

1.2.3 La différenciation des prises en charge des jeunes obèses en SSR

[226] Le numéro de décembre 2013, d'Etudes & Résultats,¹⁷¹ Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010, contient le graphique suivant dressé à partir des 9.500 séjours effectués par 5 000 enfants ou adolescents (l'écart entre ces deux chiffres tient à la comptabilisation de séjours successifs ; 70 % d'entre eux étant en hospitalisation complète).



[227] Ce graphique montre que l'âge et le genre jouent un rôle déterminant dans le choix de l'accueil d'un mineur dans un SSR, à cause de son obésité. Jusqu'à 13 ans, environ autant de filles que de garçons sont pris en charge, puis l'écart se creuse à partir de 14 ans.

[228] Les durées de séjour en hospitalisation attirent également l'attention : 48 jours en moyenne annuelle et 25 en médiane (en notant en outre que plusieurs séjours une même année portaient la durée cumulée moyenne d'hospitalisation complète à 61 jours). Ce numéro d'Etudes & Résultats souligne aussi les besoins éducatifs des jeunes pris en charge et l'hétérogénéité de l'offre selon les régions (voir extraits ci-dessous).

Extraits de d'Etudes & Résultats, n° 861, décembre 2013, *Les enfants en soins de suite et de réadaptation en 2010*, Fabienne COQUELET et Hélène VALDELIEVRE, DREES

« La moitié des actes réalisés sont de la réadaptation (évaluation et réadaptation des aptitudes psychosociales à la vie quotidienne, apprentissage des actes élémentaires de la vie quotidienne et mise en situation de vie sociale). Viennent ensuite, à parts égales (19 %), des actes de rééducation collective (éducation à l'hygiène de vie, activités gymniques et physiques, rééducation des fonctions cognitives et psychothérapie de groupe) et des actes de rééducation nutritionnelle (suivi nutritionnel et rééducation alimentaire). »

« En Languedoc-Roussillon, Provence- Alpes-Côte d'Azur et Midi- Pyrénées, les enfants sont proportionnellement plus souvent pris en charge (respectivement 101, 56,1 et 55,2 enfants hospitalisés pour 100 000 de moins de 20 ans contre 26,8 en France). En revanche, en Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Picardie et dans la région Centre, les taux de recours sont moindres (8 à 13,5) malgré des prévalences d'obésité marquées dans la population générale de ces régions. Ces recours différenciés entre les régions sont à rapprocher des différences d'offre de soins entre régions. »

¹⁷¹ N° 861, Fabienne COQUELET et Hélène VALDELIEVRE, DREES

[229] Dès lors, et comme expliqué par des professionnels rencontrés en cours de mission, les responsables des SSR pédiatriques et des ARS doivent engager et réussir une profonde mutation. En effet ces SSR pédiatriques éloignés des bassins de vie ne doivent plus accueillir des enfants parce que ces établissements (personnels et immobilier) existent. Le maintien de ces implantations éloignées ne peut être légitime (pour des séjours de courte ou de plus longue durée) que si des études cliniques en montrent l'intérêt.

[230] Or, ces études cliniques sont encore trop peu nombreuses¹⁷², certainement gênées par la faiblesse de l'enregistrement des données cliniques nécessaires pour une exploitation à des fins de recherche ce à quoi la nouvelle tarification des SSR va apporter de substantielles modifications. Des orientations plus adaptées devraient en découler.

1.3 De nombreux types de professionnels sont engagés dans la prise en charge des personnes obèses éligibles à la CB.

[231] Aux côtés des chirurgiens bariatriques sur qui se focalise l'attention, d'autres spécialistes médicaux et une dizaine de métiers de professionnels de santé ou qui ne relèvent pas du code de la santé publique, interviennent pour les personnes obèses, notamment sévères ou morbides.

[232] Etablir un panorama complet et détaillé serait une tâche dépassant le cadre fixé à la mission, ce qui explique le choix de dresser un tableau général et synthétique (1.3.1) puis de consacrer des développements plus importants à quelques types de professionnels (1.3.2)

1.3.1 Plus de 10 catégories de professionnels interviennent dans la prise en charge des personnes obèses selon des modalités d'exercice et de financement très divers

[233] Les soins (et les activités de prévention) dont a besoin une personne obèse dans son « parcours de santé » sont pour partie les mêmes que ceux de toute personne. Des compétences particulières peuvent être requises des professionnels, mais elles restent secondaires au regard de leurs compétences de base. Cependant, cette observation ne s'applique pas pour certaines spécialités médicales et certaines professions ; ce sont elles qui figurent dans le tableau ci-après.

[234] Sont présentées dans ce tableau quelques informations permettant de situer les enjeux. A la suite (en 1.3.2) sont décrites¹⁷³ des questions particulières qui concernent plusieurs de ces professions¹⁷⁴ ; les chiffres présentés sont arrondis et peuvent être discutés car dans la moitié des

¹⁷² Malgré l'investissement de longue date de certains responsables, notamment cités dans la bibliographie de la thèse de Marine SOUCHET : *Obésité, réadaptation à l'activité physique et ergothérapie : mesure de l'impact d'une prise en soins ergothérapeutiques sur la "functional mobility" de patients obèses adultes, hospitalisés au sein d'un service de Soins de Suite et Réadaptation bariatrique* (nov. 2016).

¹⁷³ Ces descriptions restent cependant à un certain niveau de généralité par comparaison, par exemple, avec le *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* ; Yvon BERLAND, Danielle CADET et Laurent HENART ainsi que Bernard VERRIER et Elisabeth FERY-LEMONNIER (Janvier 2011) diffusé le même mois que *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* ; Michel YAHIEL ; Céline MOUNIER, (IGAS)

¹⁷⁴ Les médecins conseil de la sécurité sociale (ils sont environ 1 600) ne figurent pas dans ce tableau, car leurs interventions n'ont qu'un effet indirect sur la prise en charge des personnes obèses et même si les choix de contrôle sont conditionnés par le nombre de médecins conseils (*et de chirurgiens dentistes et de pharmaciens conseils*)

cas, les sources disponibles¹⁷⁵ ne permettent pas de distinguer, parmi les professionnels diplômés, ceux qui sont effectivement en activité.

Tableau 11 : Quelques professions dont le rôle est très important pour une bonne prise en charge des personnes obèses et qui sont confrontées à des difficultés

Profession (intitulé) intitulés par ordre alphabétique et au masculin singulier	Nombre de professionnels (Fr. entière) Chiffres arrondis	Nature de l'intervention pour les personnes obèses	Difficultés éventuelles causées par des inadéquations
Chirurgien bariatrique	Environ 600 ; 460 exercent en libéral (environ 40 DESC chirurgie viscérale et digestive par an de 2010 à 2017)	Réalisation de l'opération de CB + information préalable à celle-ci + suivi de la personne opérée	* nombre suffisant de chirurgiens et pas de contraintes financières avec effet restrictif sur le nombre d'opérations * la chirurgie bariatrique n'est pas une « spécialité » chirurgicale ¹⁷⁶
Diététicien	10 000	Conseils diététique et nutritionnel (et médiatement au-delà) aux personnes obèses	Pour une personne obèse, * dans le cas d'une intervention dans un établissement de santé : possible intervention sans frais * sinon (= « en ville ») pas de remboursement Dans la situation actuelle, pas de manque de professionnels
Profession (intitulé)	Nombre de professionnels (Fr. entière) Chiffres arrondis	Nature de l'intervention pour les personnes obèses	Difficultés éventuelles causées par des inadéquations
Masseur kinésithérapeute	75 000	-aide à l'apprentissage de gestes adaptés à leur corpulence -rééducation fonctionnelle « classique » et adaptée à des personnes obèses	-fin, depuis quelques années du déficit global de MK limitant l'intervention de MK auprès de personnes obèses -besoins de connaissances et de pratiques complémentaires (en FI et FC)
Médecin généraliste	Environ 100 000 (55 000 en activité libérale). faiblesse de l'offre, même après 2020 où le nombre de médecins généralistes ne va plus décroître	-En prévention primaire, secondaire et tertiaire, en particulier pour les personnes obèses qui peuvent relever d'une opération de CB -encore plus dans le cas d'opération de CB -rôle clef également pour les enfants et adolescents	-faiblesse de l'offre, même après 2020 où le nombre de médecins généralistes ne va plus décroître ¹⁷⁷ -consultations remboursées à tarif normal (sauf exception ¹⁷⁸) -intérêt de modalités d'intervention coordonnées (voir § suivant 1.3.2) -carence dans la formation initiale

¹⁷⁵ Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)

¹⁷⁶ La chirurgie bariatrique n'était pas une « spécialité » chirurgicale dans l'ancienne maquette des Diplômes d'études spécialisées (DES) où, à côté des DES de « chirurgie générale », « neurochirurgie », « ophtalmologie », « oto-rhino laryngologie » « stomatologie » et « chirurgie orale », étaient listés les Diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) de chirurgie suivants : « maxillo-faciale et stomatologie », « plastique, reconstructrice et esthétique », « thoracique et cardiovasculaire », « face et cou », « infantile », « orthopédie et traumatologie, vasculaire, « 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 formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine (et voir ci-après)*

¹⁷⁷ Voir *Etudes et Résultats*, DREES, Marion BACHELET et Marie ANGUIS (mai 2017)

¹⁷⁸ Telles que la consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité et que la première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide)

Médecin nutritionniste	Environ 2 500 nbre approximatif, étant données les voies d'accès (DES et DESC ¹⁷⁹) à la compétence et la fragilité des modalités de recensement	-Possède une expertise médicale indispensable pour poser un diagnostic et effectuer un suivi du traitement (quel qu'il soit)	- la mise en œuvre de la réforme des études médicales va modifier significativement le recrutement des médecins nutritionnistes, surtout en établissements (et voir § suivant 1.3.2)
Médecin psychiatre	15 000	Possède une expertise médicale indispensable pour poser un diagnostic préalable à une opération de CB	-la difficulté de mobiliser des médecins psychiatres est nette (avec de fortes inégalités territoriales) -besoin d'un renforcement de connaissance sur la psychologie des personnes obèses
Diplômé (Licence, Master) en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), spécialité « activité physique adaptée (APA) et santé »	10 000	la spécialité « APA et santé » des formations STAPS prépare plus particulièrement à intervenir auprès de personnes souffrant de déficiences mentales, motrices, physiologiques ou métaboliques	Pour une personne obèse : * dans le cas d'une prise en charge dans un établissement de santé : l'intervention (éventuelle) d'un APA est incluse dans le tarif de prise en charge * sinon (= « en ville ») : > certaines communes ou (communautés) organisent des activités conduites par des STAPS pour un prix symbolique > ailleurs, nécessité de payer la prestation (non remboursée) Pas de manque de professionnel dans la situation actuelle
Psychologue clinicien	40 000	Psychologue clinicien 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. Un travail avec un psychologue clinicien est indispensable pour une personne obèse avant et après une intervention de CB	* dans le cadre <u>d'une prise en charge dans un établissement de santé</u> , en général, les séances avec un psychologue : > (étab. public) peuvent être incluses dans le tarif de prise en charge > (étab. privé lucratif) sont considérées (en général) comme à la charge de la personne * « en ville » : pas de remboursement de l'intervention de psychologues Par ailleurs, manque de professionnels spécialement formés aux problématiques de l'obésité (mais le nombre de psychologues diplômés, en capacité d'acquérir ces compétences complémentaires est suffisant)

[235] En plus de ces métiers, identifiés, s'ajoutent deux types de compétences présentés dans le tableau ci-après

¹⁷⁹ 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

Tableau 12 : 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
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 ...)	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)	Plusieurs rapport 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). Le facteur limitant le développement d'actions d'ETP est leur financement dans l'enveloppe contrainte du FIR gérée par l'ARS
Soignant gestionnaire de cas (complexes) Cette fonction peut être assurée par un infirmier, un assistant de service social, un psychologue, un ergothérapeute ou tout autre professionnel dont la formation et/ou l'expérience fournit les compétences nécessaires pour exercer des fonctions d'évaluation et de coordination de plusieurs types d'intervenants	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	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 ... La formation initiale diplômante peut utilement être complétée par un DU (ou DIU) ; mais très peu ont été organisés. A ce manque de professionnels compétents, s'ajoute un faible nombre de postes effectivement financés pour remplir cette mission

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

[236] Dès lors deux types de questions sont posés :

- celles liées à des questions de financement des soins / des prises en charge ;
- celles liées à des déficits de formation (initiale ou continue) ;

et, parfois, ces 2 types de difficultés se retrouvent concurremment et limitent l'intervention de certaines catégories de professionnels ; mais elle seront traités successivement dans les paragraphes suivants.

1.3.2 Le recours de personnes obèses à un psychologue, un diététicien ou à des activités physiques adaptées est freiné, voire empêché, par l'absence de remboursement

[237] Le non-recours d'une personne obèse à un (ou plusieurs) professionnel (psychologue, diététicien, ...) qui n'est pas considéré comme « professionnel de santé », par le code de la santé publique, peut s'expliquer par plusieurs raisons¹⁸⁰ : la distance géographique et/ou des résistances psychologiques et/ou des causes financières. Ce type de cause fonde les développements ci-après.

- le recours de personnes obèses à un psychologue libéral n'est pas remboursé

[238] L'absence de prise en charge des dépenses de consultation des psychologues libéraux, conduit à des risques tels que de nombreux interlocuteurs de la mission ont esquissé une réponse articulée en 2 temps :

- Pendant quelques années, une expérimentation semblable à celle ouverte par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017¹⁸¹ pour les jeunes en souffrance psychique et qui permettent de montrer l'efficacité de cette « nouvelle » prise en charge

Le décret d'application n°2017-813 du 5 mai 2017, (de l'art. 68) apporte des précisions qui montrent comment ce dispositif pourrait être transposé à des personnes obèses (adolescents ou adultes) ; extraits de l'art 2 :

« III. - Le médecin généraliste, le pédiatre ou le médecin scolaire assure le suivi du parcours du jeune avec le psychologue libéral (...)

« IV. - 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 »

- Puis, après évaluation de cette expérimentation, une prise en charge par l'assurance maladie au titre du « risque ».

- le recours de personnes obèses à un diététicien n'est pas remboursé

[239] Le même type d'évolution est envisageable pour les diététiciens dont l'intervention reconnue comme nécessaire d'un point de vue médical, n'est pas prise en charge par l'assurance maladie, alors qu'elle l'est par plusieurs mutuelles et d'autres organismes de protection sociale complémentaire, dès lors qu'il y a une prescription médicale.

[240] Cette position restrictive de l'assurance maladie conduit à deux types de risques :

- des ruptures, dans les parcours de soins de personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire adéquate ou de moyens financiers suffisants ;

¹⁸⁰ Plus largement, sur la question du non recours, voir l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE) : <https://odenore.msh-alpes.fr/>

¹⁸¹ Cet article 68 de la LFSS pour 2017 a prévu que, « (...) les médecins ou psychologues scolaires peuvent, après évaluation, orienter vers des consultations de psychologues libéraux, en fonction des besoins et de la situation du jeune et de sa famille. » ; en notant bien que cette ouverture est enserrée dans trois types de limites :

- Les personnes concernées : des jeunes de 11 à 21 ans chez lesquels un médecin, notamment médecin généraliste, médecin scolaire, pédiatre ou psychologue scolaire, a évalué une souffrance psychique
- Des expérimentations (...), à partir du 1er janvier 2017 et pour une durée n'excédant pas quatre ans (qui seront suivies par un rapport d'évaluation ...) et dans trois régions seulement (voir **Arrêté du 5 mai 2017 fixant la liste des territoires retenus pour les expérimentations**
- Un financement forfaitaire sur les crédits du fonds d'intervention régional (FIR)....

- des régressions dans la prise en charge de personnes actuellement suivies dans des réseaux de santé car les moyens financiers de ces réseaux ont été « réorientés » pour tenir compte des nouvelles directives d'allocations des financements des FIR. Alors que des réseaux étaient en capacité de faire intervenir des diététiciens ou des psychologues pour des personnes obèses dont les revenus étaient trop faibles, cette possibilité n'est plus ouverte et des personnes obèses ne sont plus accompagnées.
- le recours de personnes obèses à des activités physiques adaptées n'est pas financé, sauf exception

[241] **Après de très nombreuses années où toute évolution avait été impossible, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ajouté un chapitre « Prescription d'activité physique » dans le code de la santé publique composé, pour l'instant, du seul article L.1172-1.- « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ».**

[242] Mais le décret du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée (APA) prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, apporte certes des précisions sur les professionnels capables de réaliser cette APA¹⁸², mais ne fournit pas de piste quant à leur financement.

[243] De nombreuses personnes obèses retrouvent donc le même type de barrière financière pour leur APA, que celles auxquelles elles sont confrontées pour les psychologues et les diététiciens. Mais un élément complémentaire peut permettre de surmonter cette difficulté : l'intervention de communes ou de leur groupement dans la promotion de l'activité physique. Si bien que de façon schématique :

- L'assurance maladie (de même que le HSCP et l'ANSES) affirme que l'activité physique (notamment adaptée) est une condition de maintien d'une bonne (ou de retour vers une meilleure) santé et tout particulièrement pour des personnes obèses ... mais ne finance pas l'intervention de professionnels d'APA (hors établissements de santé) ;
- Les ARS sont confrontées à une situation similaire, car elles ont dû gérer l'écart entre les crédits qui leurs sont délégués (voir l'annexe II de la circulaire du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2017) et les multiples priorités auxquelles sont destinés ces crédits (voir annexe I de cette circulaire). Selon les observations de la mission, les ARS ont tenté de ne pas trop réduire le montant des crédits qu'elles avaient attribués, les années précédentes à des organisations ayant organisé des activités physiques adaptées pour des personnes obèses ;
- Plusieurs centaines de communes (certaines très grandes, d'autres plus petites et des communautés de communes ou d'agglomération) prennent appui sur leur clause de compétence générale qui leur permet d'intervenir dans tous domaines de compétence dont le domaine de la santé, à travers notamment des contrats locaux de santé (CLS) qui associent, le plus souvent l'ARS, la CPAM, le département, etc. Le programme porté par la ville de Strasbourg en fournit un bon exemple.

¹⁸² Et voir, aussi l'instruction interministérielle du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

Encadré 7 : Le dispositif Sport-Santé Sur Ordonnance (SSSO) de la ville de Strasbourg

Il est issu du premier contrat local de santé (CLS ; 2012-2014) porté par la ville de Strasbourg et, notamment, l'assurance maladie, l'ARS, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)¹⁸³, les hôpitaux universitaires de Strasbourg ; il a été repris en raison de son efficacité dans le deuxième CLS (2015 - 2020), avec la participation d'autres partenaires.

L'objectif principal du SSO est de favoriser la pratique d'une activité physique régulière, modérée et adaptée à l'état de santé des personnes atteintes de maladies chroniques ; avec comme « outils » :

- la prescription par un médecin généraliste d'une activité physique
- la réalisation de cette activité physique de façon adaptée (ainsi à Strasbourg, chaque semaine, pour 10 types d'activité, 85h sont ouvertes : 51h organisées par la ville + 34 par les associations partenaires) avec des éducateurs sportifs dédiés à l'accompagnement des bénéficiaires
- une « tarification solidaire » (qui reste modérée : de 20€ à 100 € / an)

Le nombre de personnes « utilisatrices » (à Strasbourg : elles doivent être en ALD ou avoir plus de 60 ans et être fragiles) :

- depuis 2012 : 1600 personnes bénéficiaires (et 620 actives au 1^{er} juin 2017)
- 320 médecins généralistes prescripteurs

La ville de Strasbourg qui a été à l'initiative du dispositif « Sport-Santé Sur Ordonnance » (SSO), qui l'a organisé et développé¹⁸⁴ (grâce notamment à son financement) en est maintenant la promotrice au niveau français : 57 communes ou groupement de communes appartenaient en octobre 2017 au réseau des « villes sport santé » des villes santé de l'OMS.

1.3.3 Des besoins de formation (initiale ou continue) apparaissent dans plusieurs domaines

[244] Les questions de formation qui seront abordées ci-après de façon très ponctuelle, ont été l'objet de très nombreux rapports, discussions et textes législatifs et réglementaires ; et cette somme tend à imposer de la prudence et de la modestie. Mais, à partir des observations réalisées, quatre types de constats s'imposent : un premier, général, qui part de l'étude des travaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDS), et trois constats très spécifiques sur les psychologues, les nutritionnistes ainsi que sur les formations au titre du développement personnel continu (DPC) sur le thème de la chirurgie bariatrique.

1.3.3.1 Les travaux de l'observatoire national de la démographie des professions de santé n'ont pas abordé les conséquences de l'accroissement du nombre de personnes obèses

[245] L'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDS) est une création relativement récente (décret du 19 juin 2003¹⁸⁵) dont les travaux ont grandement servi à organiser les évolutions des professions dont il a promu une meilleure connaissance et, aussi, permis qu'un autre regard soit porté sur elles. A côté de panorama généraux, l'ONDS a, ainsi, étudié

¹⁸³ L'ARS et la DRJSCS Alsace ont par ailleurs mis au point, depuis 2016, un *Label Sport-santé Maladies métaboliques* pour Identifier les structures qui proposent, de façon régulière, des activités physiques adaptées (APA) dans un cadre sécurisé pour les personnes atteintes de maladies métaboliques (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires).

¹⁸⁴ 14 associations, dans le domaine sportif en sont maintenant partenaires

¹⁸⁵ Le champ des missions de l'ONDPS a été étendu par le décret du 13 juillet 2010, puis par le décret du 11 septembre 2017 ; mais voir aussi, le rapport de novembre 2002 du Pr. Yvon BERLAND *Mission « Démographie des professions de santé »* ; Membres de la mission : Anthony ANNÉREAU ; Jean BERTHET ; Gilles ERRIEU ; Olivier LEROY ; Yvette RACT ; Rapporteur : Thierry GAUSSERON

la situation des pharmaciens et des chirurgiens-dentistes (rapport 2004) ; pharmaciens et infirmiers (rapport 2005) ; métiers de la périnatalité (2006-2007) ; métiers de l'insuffisance rénale chronique et masseurs kinésithérapeutes (2008-2009) ; pharmaciens et orthophonistes (2010-2011)¹⁸⁶ ; sages-femmes (2016). Par ailleurs, tous les rapports de l'ONDS, traitent de la formation des médecins, que ce soit sous l'angle des internes en médecine (2006-2007 et 2008-2009 et 2010-2011), du numérus clausus (2013-2014) ou des épreuves classantes nationales (ECN – 2015).

[246] En outre, le rapport 2008 – 2009 consacre son tome 1 aux métiers du diagnostic biologique du cancer, et le tome 2 du rapport 2010 – 2011 traite des « Métiers liés au cancer. Leur répartition et ses déterminants » ; dans ces deux cas, l'ONDS agit en partenariat avec l'Institut national du cancer (INCa).

[247] Mais aucune focale particulière n'est portée sur l'obésité, dont la forte croissance de la prévalence aurait pu conduire à chercher à anticiper des réponses en termes de formation.

1.3.3.2 La psychologie des personnes obèses n'est pas suffisamment prise en considération

[248] En manière de comparaison, le champ des troubles du comportement alimentaire (TCA) est devenu un champ de recherche à part entière au cours des vingt dernières années et de même, avec une certaine antériorité pour le champ des addictions. Mais l'impact que peut avoir l'obésité sur le psychisme, la dynamique de la compulsivité alimentaire (le « binge eating »), l'étiologie de l'obésité maladie multifactorielle, dans sa composante psychique, les relations entre événement traumatique tel qu'un abus sexuel et obésité, autant de thèmes sur lesquels les connaissances sont fragiles et leur transmission dans un cadre universitaire quasi inexistante.

[249] Pourtant, un minimum de maîtrise de ces connaissances est indispensable dans les phases diagnostiques et thérapeutiques ; ce qui laisse une large marge à l'interprétation d'un psychiatre ou un psychologue (de formation générale) ou à la qualité d'un programme informatique (auto administré) pour donner un avis, qui peut être celui d'un refus d'opération de CB.

[250] Les avis des nombreux professionnels rencontrés par la mission convergent autour de :

- l'importance de la dimension psychique chez les personnes obèses ;
- la nécessité de disposer d'une expertise spécifique sur la psychologie des personnes obèses pour les soignants/l'équipe soignante ;
- la « rareté » de cette ressource : le faible nombre de professionnels de ce champ ayant une telle expertise ... et donc, le besoin de développer des formations.

1.3.3.3 Les effets de la réforme des études médicales sur les « spécialités médicales » ; la disparition du DESC de nutrition

[251] La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales est entrée, avec le décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du 3^{ème} cycle (...) puis les arrêtés du 12 avril 2017, l'un portant sur l'organisation et l'autre « *relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations* »

¹⁸⁶ Peut aussi être cité, le rapport présenté, en janvier 2011 par le Pr. Yvon BERLAND (ancien président de la l'ONDS), Laurent HENART et Danielle CADET : (...) *relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer* ; rapporteurs généraux : Elisabeth FERY-LEMONNIER et Bernard VERRIER

spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine » dans ce qui devrait être le cadre ¹⁸⁷, en octobre 2017, de la première rentrée avec la nouvelle organisation du 3^{ème} cycle.

Cette réforme, entre autre, consacre le diplôme d'études spécialisées (DES) comme le diplôme de référence du 3^{ème} cycle dont l'obtention est suffisante pour exercer une spécialité et conduit à la disparition des diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) et diplômes d'université (DU et DIU) qui sont remplacés par des options dans certains DES (ou communes à plusieurs DES : les « formations spécialisées transverses »). Ainsi :

- Le DESC « nutrition » disparaît
- Le DES « endocrinologie, diabète, maladies métaboliques » est remplacé par un DES « endocrinologie - diabétologie – nutrition »
- Une « formation spécialisée transversale » (FST) est consacrée à « nutrition appliquée »

[252] Cette réforme inquiète les médecins qui prennent en charge des personnes obèses car quatre raisons pourraient conduire à un déficit de médecins formés dans le champ « endocrinologie - diabétologie – nutrition » et prêts à se consacrer à la prise en charge des personnes obèses :

- Une raison liée à la fermeture de la voie d'accès, par reprise d'études dans un DESC de nutrition, qu'empruntaient des médecins découvrant, dans leur pratique, un intérêt pour la nutrition et les personnes obèses qu'ils n'avaient pas ressenti pendant leurs études.
- (*Pour mémoire, avaient été délivrés, pour les années 2011 – 2012, 34 DESC « nutrition » ; 2012 – 2013 : 26 ; 2012 – 2014 : 48*) ;
- De façon symétrique, une crainte qu'une forte proportion des internes qui choisiront le DES « endocrinologie - diabétologie – nutrition » soient plutôt intéressés par les questions « biologique » des personnes souffrant de troubles du métabolisme que par les questions « personnelles et sociales » des personnes obèses ;
- Une grande incertitude sur la FST « nutrition appliquée », notamment en termes d'effectifs (les FST sont optionnelles¹⁸⁸) ;
- Une crainte d'un trop faible nombre d'internes admis à se former pour le DES « endocrinologie - diabétologie – nutrition ».

[253] Or, si la première raison est factuelle et incontestable, si la deuxième raison est plausible et si la troisième est issue de la prudence, la quatrième peut être appréciée grâce au tableau suivant, bâti à partir des annexes I et II de l'arrêté du 26 décembre 2016 déterminant pour la période 2016-2020 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision.

¹⁸⁷ Voir le rapport *La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales* ; IGAS - Jean DEBEAUPUIS et Florence ALLOT (sept. 2017)

¹⁸⁸ Sur 44 spécialités, 12 DES reconnaissent la FST « nutrition appliquée » comme option éventuelle : Chirurgie viscérale et digestive ; ophtalmologie ; anesthésie-réanimation co DES avec médecine intensive-réanimation ; gériatrie ; hépato-gastro-enterologie ; médecine interne et immunologie clinique co-DES avec maladies infectieuses et tropicales et allergologie ; médecine vasculaire co-DES avec médecine cardiovasculaire ; psychiatrie

Tableau 13 : nombre d'internes à former par spécialité ; 2016 – 2017 et 2017 - 2018

France entière	Nombres		
	2016-2017	2017-2018	
Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques (depuis 2017) endocrinologie - diabétologie – nutrition	77	89	+16 %
Dermatologie et vénéréologie	93	97	+ 4,3 %
Gastro-entérologie et hépatologie	120	132	+ 10 %
Cardiologie et maladies vasculaires	208	200	- 3,9 %
Gériatrie (nouveau en 2017) (jusqu'en 2017, un DESC du groupe II = qualifiant)		250	/
Ophtalmologie	152	152	/
Chirurgie générale	404	nd	
Chirurgie viscérale et digestive	nd	88	
Totalité des spécialités chirurgicales	670	913	+36,2 %
Médecine générale	3749	3400	- 9,3 %
Pédiatrie	325	340	+ 4,6 %
Psychiatrie	505	526	+ 4,2 %
Total général	8044	8800	+ 9,3 %

Source : IGAS, à partir des annexes I et II de l'arrêté du 26 décembre 2016

[254] En première analyse, la spécialité « Endocrinologie, diabète, maladies métaboliques » serait une des spécialités qui verrait une des plus fortes augmentations du nombre d'internes entre 2016-2017 et 2017- 2018. Mais cette vérité arithmétique doit être nuancée par la prise en considération de :

- L'augmentation générale du nombre d'internes ;
- Le faible niveau du nombre d'internes dans cette spécialité en 2016-2017.

De plus, entre 2016 et 2017, seront « mis en extinction », les DESC de « nutrition » organisés dans les 7 inter-régions, regroupant au total 23 coordonnateurs au sein de leur université respective.

[255] Dès lors, les modalités d'évaluation des nombres d'internes, principalement réalisée au niveau régional¹⁸⁹ sans que la croissance des besoins de soins aux personnes obèses ait été clairement exprimée, peut avoir été effectuée sans mesurer l'impact de la fin des DESC « nutrition ».

1.3.3.4 La chirurgie bariatrique occupe une part relativement importante dans les formations des médecins au titre du DPC

[256] Les moyens du développement personnel continu ont été progressivement renforcés au cours des vingt dernières années. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret du **8 juillet 2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé** ont complété cet ensemble avec :

- la redéfinition du périmètre et du contenu de l'obligation de DPC avec un parcours triennal comportant des actions de formation continue, d'évaluation des pratiques et de gestion des risques ;

¹⁸⁹ Avec les observatoires régionaux de la démographie des professions de santé (ORDPS)

- la création de l'agence nationale du DPC (ANDPC), compétente pour tous les professionnels de santé¹⁹⁰ et bénéficiant de d'appui scientifique et pédagogique des collèges nationaux de spécialités haut conseil du DPC.

[257] Alors que cette loi était sur le point d'achever son parcours législatif, et donc en légère anticipation, paraissait l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018. Parmi celles-ci figurent des orientations sur l'obésité et la chirurgie bariatrique :

- Parmi les 34 orientations retenues à l'annexe 1 (orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé) et dans le II de cette-ci, (Faciliter au quotidien les parcours de santé ; Promouvoir les soins primaires, favoriser la structuration des parcours de santé) est présentée : « Orientation n° 10: Repérage de l'obésité et prise en charge » ;
- A l'annexe II dont les orientations sont, par construction « ... définies par profession de santé ou spécialité, sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels (...), les thématiques obésité et chirurgie bariatrique peuvent être repérées pour 4 professions :
 - *Médecin spécialisé en chirurgie viscérale et digestive: Orientation n° 4: chirurgie bariatrique.*
 - *Médecin spécialisé en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique: Orientation n° 3: l'obésité et ses séquelles.*
 - *Médecin spécialisé en endocrinologie, diabète, maladies métaboliques : Orientation n°2: prise en charge multidisciplinaire du diabète type 1 et 2, de l'obésité et de la dénutrition.*
 - *Médecin spécialisé en médecine générale : Orientation n° 7: surpoids et obésité de l'enfant et de l'adulte.*

[258] Ces directives ne peuvent pas, à elles seules, permettre de prévoir la place que l'obésité et la CB pourront avoir dans la formation des professionnels de santé ; mais elles s'inscrivent dans la perspective tracée par les accroissements (corrélés entre eux) observés au cours des années récentes :

- accroissement du nombre d'actions de formations prises en charge par l'ANDPD (et l'organisme qui l'a précédé) : 24 actions en 2013 ; 119 actions en 2016
- accroissement des financements consacrés : 0,8 M€ en 2013 ; 1,0 M€ en 2014 ; 1,7 M€ en 2015 ; 2,9 M€ en 2016¹⁹¹
- accroissement du nombre de professionnels formés sur le thème « obésité : 564 en 2013 ; 735 en 2014 ; 1 128 en 2015 ; 2 130 en 2016 (et cette vive tendance à la hausse se poursuivait en 2017)
- accroissement de la part consacrée à la CB dans l'ensemble « obésité » : en termes de personnes formées (9 % en 2013 ; 26 % en 2014 ; 37 % en 2015 et 2016 et probablement plus de 50 % en 2017 et aussi, corrélativement de nombre d'actions admises au DPC : 3 actions en 2014, 21 en 2015, 31 en 2016 et 40 au cours du 1^{er} semestre 2017)

[259] Quant aux professionnels, une note établie par la DG de l'ANPC à l'attention de la mission IGAS, constatait que :

- les médecins représentent près de 75 % des formés en 2016, les infirmiers plus de 16 %, les pharmaciens plus de 6 % et les kinésithérapeutes plus de 2 %

¹⁹⁰ Mais pas pour les psychologues, les diététiciens et les APA

¹⁹¹ Ces montants comprennent la part versée aux organismes de DPC pour la réalisation des actions et les indemnités versées aux professionnels de santé pour compenser leur perte de ressources.

- parmi les médecins les spécialistes en médecine générale restent largement majoritaires (66 % en 2016 contre 72 % en 2015, 86 % en 2014 et 93 % en 2013), mais leur pourcentage baisse très nettement au profit des chirurgiens (toutes spécialités confondues) qui passent de 2 % en 2013 à 16 % en 2016 et 29 % en 2017 et des endocrinologues (de 0,2 % en 2013 à 3 % en 2016).

[260] La place de certaines organisations professionnelles dans l'offre de DPC est également à noter ; ainsi, la liste des actions de DPC 2017 consultable sur le site de l'ANDPC, permet de constater que, avec le mot « obésité », 185 actions peuvent être trouvées. Quelques organismes de formation en proposent aux alentours d'une dizaine chacun : la fédération de chirurgie digestive et viscérale (FCDV ; 8 actions dans son champ) ; MG Form (6 actions dans le domaine de l'obésité de l'enfant) ; l'Association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (APOPOP – 9 actions dans ce champ, réalisées « en région » avec un RéPPPOP réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité pédiatrique) ; l'union nationale de formation continue et d'évaluation en médecine cardio-vasculaire (UFCV – 13 actions) ; le collège des hautes études médicales (CHEM – 9 formations) ; l'union nationale des associations de formation médicale et d'évaluation continues (UNAFORMEC – 9 actions, dont 4 sur le thème : Prescrire l'activité physique dans une stratégie de prise en charge des maladies chroniques).

2 LA CONSTRUCTION DES PARCOURS DE SOINS SE HEURTE A DES DIFFICULTES POUR MOBILISER DES FINANCEMENTS ADAPTES

[261] L'intérêt porté aux parcours de soins, déjà sensible avant *la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*, s'est encore accru à sa suite avec l'inscription dans le code de la santé publique d'un article L1411-11-1 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* »¹⁹².

[262] La nécessité d'établir une continuité dans les parcours de soins a été portée si nettement par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) qu'elle l'a conduit à promouvoir les parcours pour les **personnes âgées** en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Elle est posée aussi, de longue date en périnatalité (et traitée par les réseaux périnatalité), pour les personnes diabétique et, depuis une vingtaine d'année pour les personnes atteintes par un cancer. La notion de parcours¹⁹³ irrigue, maintenant la stratégie nationale de santé.

[263] Ces parcours sont souvent scandés par un temps de traitement intensif, ils comportent un avant (il peut être bref, comme dans le cas du cancer), ils comportent un après. A différents moments de ce parcours, se trouvent des carrefours, qu'une aggravation se produise ou qu'une rémission puisse être déclarée. Des réorientations peuvent être proposées dans la prise en charge.

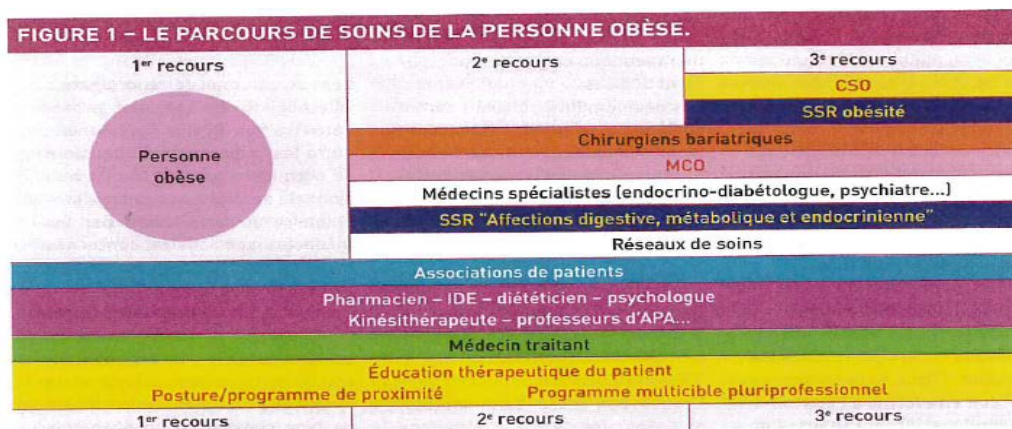
[264] Souvent ils s'appuient sur les mêmes dispositifs en amont et en aval, mais pas nécessairement ; car il n'y a pas de modèle unique. De nombreuses approches analytiques peuvent être proposés, mais ci-dessous n'en seront présentés que deux, directement appliqués au cas des personnes obèses.

¹⁹² Avec la trilogie : parcours de soins / de santé / de vie

¹⁹³ 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).

1^{ère} approche analytique : les niveaux de recours mobilisent les divers acteurs de soins (avec une acception large de la notion de soins)

Tableau 14 : les divers acteurs de soins selon le niveau de recours



Source : Dr Frédéric Sanguinol, *Diabète et obésité* (avril 2011), vol 11, n° 57 –p 107

2^{ème} approche analytique : au cours de la chronologie des actions qui entourent une éventuelle opération de CB, plusieurs professionnels/structures ont un rôle pivot

Tableau 15 : Les professionnels et structures pouvant jouer un rôle pivot dans la prise en charge d'une personne obèse éligible à la CB

Les acteurs		avant	autour	après
La personne obèse				
Le médecin traitant (MT)	Le MT suit (ou non) son patient	OUI	OUI	OUI
Des professionnalisés nécessaires et qui peuvent coordonner				
Nutritionniste	Ces 4 types de professionnels ont (ou non) un exercice coordonné ...	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
Psychiatre / psychologue				
MK et/ou APA				
Infirmier / diététicien		<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
Des modalités de coordination de la prise en charge en appui du médecin traitant				
Centre de santé ; Maison ou pôle de santé	Ces 4 modalités de coordination peuvent se superposer sur un territoire, voire pour une même personne	<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
Réseau de santé		<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
Plateforme territoriale d'appui (PTA)		<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
Service « de chirurgie »* intégrant (ou non) d'autres professionnalisés :				
• Un Service « de chirurgie » (sans pôle médical nutrition en son sein)	Plusieurs type de « pluridisciplinarité » dans le service où la CB est pratiquée			
• Un professionnel de santé proche du chirurgien				
• Un service « de chirurgie » et un service « de nutrition » avec simple collaboration				
• Un service « intégré » (chirurgie, nutrition, et psy, ...)		<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>
SSR obésité (ou SSR « affections des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens »)		<i>oui</i>	<i>oui</i>	<i>oui</i>

Les informations « publiques » : média, communication sérieusement documentée,		un appui	un appui	un appui
Les personnes proches « aidant » - « non aidant »		un appui	un appui	un appui
Les associations de patients		un appui	un appui	un appui

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

Source : Mission

[265] Ce tableau permet de visualiser les acteurs professionnels sur lesquels repose la satisfaction du besoin de coordination entre professionnels. Cette coordination peut être réalisée par diverses voies comme le présente le tableau ci-après (établi après avoir retiré du tableau ci-dessus, les lignes : *La personne obèse* ; *Les informations « publiques » : média, communication sérieusement documentée* ; *Les personnes proches « aidant » - « non aidant »* ; *Les associations de patients*).

2.1 Plusieurs types de parcours des soins peuvent être organisés

[266] Le tableau 16 ci-dessous, construit à partir du tableau 11, permet de distinguer trois types de coordination de parcours (sans aborder ici les questions de l'actualité et de la qualité de cette coordination) :

- Le type où le médecin traitant intervient comme pilote ❶ ... et ses variantes où le médecin traitant s'appuie sur des ressources organisées ❸ ;
- Le type où c'est un médecin nutritionniste qui assure la coordination ; mais celle-ci peut être effectuée par un infirmier ou un diététicien ;
- Les type où le chirurgien (et un service de chirurgie) jouent un rôle pilote : que ce rôle soit circonscrit autour de l'intervention chirurgicale ou que l'organisation du service « intègre » les divers métiers nécessaires à la prise en charge pluridisciplinaire (chirurgie, nutrition, et psy, ...) ❹ ;
- Le type où un SSR spécialisé « obésité » interviendrait ❺, non seulement dans sa « spécialité » mais aussi comme garant de la qualité de la prise en charge.

[267] Ce tableau ne doit pas être lu comme une « grille » qui pourrait s'appliquer à toutes les personnes obèses, tous les professionnels et partout sur le territoire. Il vise, simplement, à présenter et décrire la diversité des possibles.

Tableau 16 : Les professionnels et structures pouvant jouer un rôle pivot dans la prise en charge d'une personne obèse éligible à la chirurgie bariatrique

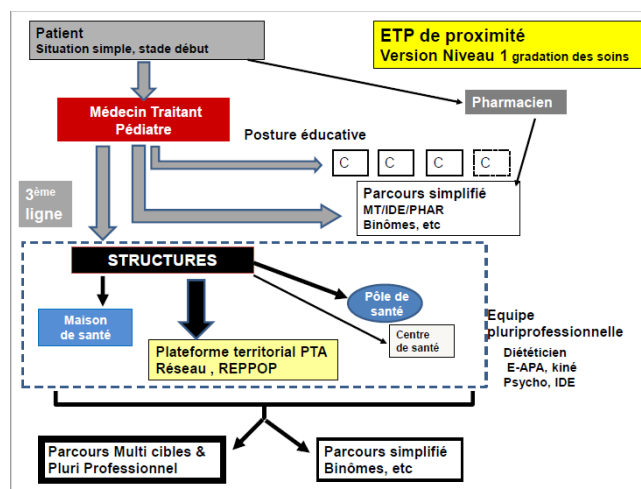
		avant	autour	après
Le médecin traitant (MT)	Le MT suit (ou non) son patient ❶			
Les professionnels nécessaires et qui peuvent coordonner	Ces 4 types de professionnels ont (ou non) un exercice coordonné ❷			
Nutritionniste				
Psychiatre / psychologue				
MK et/ou APA				
Infirmier / diététicien				
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, voire pour une même personne ❸			
Centre de santé ; Maison ou pôle de santé				
Réseau de santé				
Plateforme territoriale d'appui (PTA)				
Service « de chirurgie » intégrant (ou non) d'autres professionnels :	Quelle pratique de la pluridisciplinarité dans le service où la CB est pratiquée ❹			
Un Service « de chirurgie* » (sans pôle médical nutrition en son sein) avec professionnel de santé proche du chirurgien				
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 »)				

Source : Mission

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

[268] Il est en effet tout à fait possible de se référer à une autre perspective, comme par exemple celle présentée par le Pr Olivier ZIEGER et le Dr Philippe BOHME du CSO de Nancy sous le titre *Parcours de soins – les modèles de coordination* lors de la journée des CSO à Paris le 4 octobre 2017¹⁹⁴ et qui est reprise ci-après.

[269] Or, ce schéma est un parmi les 9 schémas présentés par ces spécialistes pour décrire les modalités de l'ETP, ce qui montre un peu plus encore, la nécessité d'une adaptation aux situations.



Source : Pr Olivier ZIEGER et le Dr Philippe BOHME CSO de Nancy

¹⁹⁴ Les mêmes thèmes ont été par ailleurs été présentés et publiés sous une autre forme, dans *Les entretiens de Bichat*, 2017 (p. 89 à 91)

2.2 Une dizaine de modalités de coordination actuellement opérationnelles (et financées) pour la prise en charge des personnes obèses

[270] La prise en charge médicale et/ou chirurgicale des personnes obèses, dont en amont et en aval d'une éventuelle opération chirurgicale, utilise des modes d'intervention « de droit commun » dont la palette s'est agrandie au cours des 10 dernières années, en réponse à trois réalités :

- l'accroissement du nombre de territoires qui souffrent d'une faible densité médicale (improprement appelés « déserts médicaux ») ;
- les effets de la spécialisation¹⁹⁵ qui ont renforcé l'attention pour des modalités de pratiques médicales coordonnées conduisant à leur reconnaissance technique et juridique avec éventuellement, une traduction financière¹⁹⁶ ;
- la valorisation du rôle du médecin traitant comme pivot de la prise en charge.

[271] Le tableau ci-après rassemble, sous une forme synthétique, un nombre limité d'informations sur divers dispositifs / modalités utilisés pour la coordination de la prise en charge des personnes obèses. Ces modalités ou dispositifs seront repris et analysés dans les paragraphes suivants.

Tableau 17 : Des dispositifs de coordination de la prise en charge de personnes obèses

Type de dispositif / de modalité ¹⁹⁷	Description sommaire	Lieu de sa réalisation	moments dans le parcours de soins	Pratique fréquente, récente, envisageable ?	Difficultés éventuelles
Hôpital de jour (HDJ)	Prise en charge en milieu hospitalier, sans hébergement	milieu hospitalier	Amont ; pré-intervention et aval	Fréquente et ancienne	Contestation (<i>en cours</i>) des critères d'éligibilité
Education thérapeutique du patient (ETP)	Appui au patient pour qu'il devienne pleinement acteur de sa santé /ses soins	Pas d'exclusive	Amont ; pré-intervention et aval	De plus en plus utilisée pour les personnes obèses	Faible niveau de la rémunération des prestations
Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) du médecin traitant (MT)	Valorisation (financière) de la qualité des pratiques cliniques, dont le suivi de personnes obèses ou diabétiques	Ville : médecins libéraux généralistes	Amont	Avenant du n°1 du 30/12/2016 à la convention médicale du 25/08/2016	la surveillance régulière de la courbe de poids des enfants < 16 ans est un des 29 indicateurs
Consultation (du MT) de suivi de l'obésité d'enfants de 3 à 12 ans en risque avéré	deux fois par an, consultation de suivi et coordination de la prise en charge par le médecin traitant	Ville	En amont	convention médicale 25/08/2016	est nouveau
Consultation coordonnée d'un psychologue	Consultation médicale et prescription de consultations psychologiques pour des jeunes en souffrance psychique et leurs parents.	ville	Amont ... et aval	Créé par loi 26/12/2016 et Déc. 05/05/2017 expérimentations prise en charge de la souffrance psychique des jeunes	A transposer

¹⁹⁵ Voir Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ; *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire* ; avis du 22 juin 2017

¹⁹⁶ Voir par exemple à ce sujet : *Améliorer l'accès aux soins de proximité, un éventail de mesures à disposition des acteurs* ; IGAS : Huguette MAUSS, Angel PIQUEMAL, dec. 2015

¹⁹⁷ Et donc, bien sûr, les consultations de personnels médicaux (médecins ; chirurgiens) ou paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens ...) ou autres (psychologues,...) ne sont pas mentionnés

Protocole de délégation de tâche (de personnel médical à personnel soignant)	Des professionnels de santé réorganisent leurs modes d'intervention (par ex. des transferts d'activités ou d'actes de soins)	Surtout établissement de santé	Amont ... et aval	Art. 51 loi HPST du 21/07/2009 Moins de 10 cas	- lourdeur de la procédure préalable -problème de valorisation pour les professionnels délégués
Réseaux de santé	Organisation de soignants en vue de répondre à un/ des problèmes de santé	Possible : Ville (seulement) Etab. santé et ville	Amont ; pré-intervention et aval	Depuis # 1980 ... avec soutien + :- fort de l'Etat et la Sec. Soc.	Gde diversité des réseaux conduisant à des incompréhensions
Type de dispositif / de modalité	Description sommaire	Lieu de sa réalisation	moments dans le parcours de soins	Pratique fréquente ?/ récente ??	Remarque ou difficultés éventuelles
Plateforme territoriale d'appui (PTA)	appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes	ville	Amont ; pré-intervention et aval	Créée par loi 26/01/2016 En cours de déploiement	Pas encore de retour d'expérience
Centres de santé	structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours ¹⁹⁸ .	Dans ces lieux (1 850 en France) ¹⁹⁹	Amont ; pré-intervention et aval	Depuis le XIX ^{ème} Art. L. 6323 1 du Code de la santé publique (CSP)	Les intervenants sont des salariés
Maisons et pôles de santé (MPS)	<u>Maison de santé</u> : personne morale des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens <u>Pôle de santé</u> : idem + éventuellement une ou des personnes morales ²⁰⁰	Environ Environ 650 en France	Amont ; pré-intervention et aval	-inscription dans le CSP en 2007 et plusieurs compléments depuis -Art. L. 6323-3 et L. 6323-4 CSP	
Télé-suivi	Des matériels et organisations permettant aux patients et aux professionnels des échanges réguliers d'information sans déplacement physique	Au domicile du « patient » et dans le lieu d'exercice du professionnel	Amont ; pré-intervention et aval	Un fort développement au cours des 5 dernières années ... mais des pratiques qui restent encore marginales	Le « modèle économique » n'est pas encore bien défini par les différents acteurs

Source : Mission IGAS

¹⁹⁸ Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient ; ils mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers. Ils peuvent mener des actions d'éducation thérapeutique des patients. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (dans des conditions précises) ; art. L.6323-1 CSP

¹⁹⁹ Voir *Les Centres de Santé, une géographie rétro prospective* ; Emmanuel Vigneron ; édit FEHAP, 2014 ainsi que : *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain* ; IGAS – Philippe GEORGES et Cécile WAQUET avec la collaboration de Juliette PART (juillet 2013)

²⁰⁰ Des personnes morales telles que : « maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale »

A côté de ces modalités (et parfois en ayant été à l'origine d'une forme d'intervention coordonnée) il est possible de citer :

- pour les personnes âgées, malades ou handicapées, des « services à domicile » : les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)
- pour les personnes âgées : les MAIA dont le sigle n'a pas changé depuis leur création en 2008 et correspond, depuis la loi du 28 décembre 2015 pour l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) à Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie²⁰¹. Pour reprendre ce qu'en dit la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui a la responsabilité nationale du développement des MAIA, elles apportent « *une réponse décroisée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse* ».
- pour les personnes résidant sur un territoire : les services apportées par les centres communaux (ou intercommunaux) d'action sociale (CCAS et CIAS)
- pour les personnes en grandes difficultés : les « centres de soins »²⁰² de Médecins du Monde, de la Croix Rouge, ...

[272] Peuvent aussi être citées les équipes de soins primaires (ESP) et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) issues de la loi de modernisation de notre système de santé et pour lesquelles une instruction du 2 décembre 2016 a apporté de nombreuses et utiles précisions pour permettre à ces dispositifs de se développer²⁰³.

2.3 Les personnes obèses ne peuvent pas encore compter sur un développement suffisant de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

2.3.1 Un mouvement général en faveur de l'ETP s'est progressivement construit au cours des 20 dernières années

[273] L'ETP doit largement à la promotion de la santé, à la reconnaissance qu'il faut tenir compte de la volonté des personnes, de leurs savoirs ainsi que de leurs représentations. Elle doit aussi beaucoup aux soignants, médecins, infirmiers, qui au contact des personnes diabétiques ont compris, ils étaient des précurseurs il y a plus de 40 ans, que leurs malades savaient énormément sur la façon de traiter leur maladie. Après les diabétiques, les personnes touchées par le VIH et de proche en proche, la mise en œuvre d'ETP s'est étendue à toutes les maladies chroniques.

²⁰¹ Voir alinéa 1 de l'at. L. 113-3 du CASF ; et voir le décret du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer qui continue à servir de référence. Sont seulement cités ici, pour mémoire, bien que leur rôle ait été et soit très grand, les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)

²⁰² « Centres d'accueil, de soins et d'orientation » de Médecins du Monde ; « centres de santé polyvalents » de la Croix Rouge

²⁰³ A noter aussi, l'art. 38 du PLFSS pour 2018, sans qu'il soit sûr que son périmètre large conduise à un choix d'expérimentation dans le champ de la prise en charge des personnes obèses

La reconnaissance internationale de l'ETP (OMS 1998), puis en France par le Ministère chargé de la santé et au niveau académique²⁰⁴, est relativement très récente²⁰⁵ :

- 2002 : circulaire ministérielle du 2 avril, d'appel à projet national d'ETP aux établissements de santé (et création de la société européenne d'éducation thérapeutique – SETE)
- 2007 : recommandation de la HAS de juin 2007 : « *ETP : définitions, finalités et organisations* »
- 2009 : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (du 21 juillet 2009). Son article 84 « *L'éducation thérapeutique du patient s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements et en améliorant sa qualité de vie....* » fait entrer pleinement l'ETP dans le droit positif français²⁰⁶
- 2010 : Décret du 2 août (d'application de l'art 84 de la loi HPST) relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP et arrêté (aussi du 2 août 2010) relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP. Ce décret et cet arrêté ont été modifiés (et leur champ complété) respectivement et successivement par le décret et l'arrêté du 31 mai 2013 puis par l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement
- 2012 et 2014 : la HAS, publie deux « Guide méthodologique » : Auto-évaluation annuelle d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) (mars 2012) et Evaluation quadriennale d'un programme d'éducation thérapeutique du patient : une démarche d'autoévaluation (mai 2014)
- 2013 (décembre) ; l'Académie de médecine, approuve le rapport *L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine* présenté par Claude JAFFIOL, Pierre CORVOL, Gérard REACH, Arnaud BASDEVANT et Eric BERTIN
- 2015 : arrêté du 14 janvier qui précise le cahier des charges d'un programme d'ETP (composition de l'équipe / programme de la formation, formation, évaluation du programme, la charte d'engagement ; et, mise à jour, par la HAS (janvier 2015), de la « fiche méthode » *Mise en œuvre de l'éducation thérapeutique* (mai 2014)

[274] Ainsi, à partir de 2015, la convergence de choix politiques et de références scientifiques est traduite en outils opérationnels (administratifs) avec les instruments que sont :

- pour les personnes, les référentiels de compétences requises pour :
 - dispenser d'ETP dans le cadre d'un programme ;
 - coordonner un programme d'ETP ;
- le cahier des charges d'un programme d'ETP ;
- la charte d'engagement pour les intervenants des programmes d'ETP.

2.3.2 L'ETP est une voie efficace pour qu'une personne obèse évite une intervention de CB ou bien qu'elle s'y prépare puis qu'elle en retire tous les bénéfices

[275] 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 attendre²⁰⁷ pour la prise en charge des personnes obèses le rapport commandé par la DGOS et la DGS et daté du

²⁰⁴ Même si le CFES, dans les années 1980, puis l'INPES à sa suite (voir notamment *Education thérapeutique du patient, Modèles, pratiques et évaluation*, 414 pages ; 2002) tout comme le Haut Comité de la santé publique et la Conférence nationale de santé avec leurs rapports de 1998 ont réalisé un travail de fond et donné une forte légitimité aux démarches d'ETP dont les promoteurs de l'ETP ont pu se servir ultérieurement

²⁰⁵ Voir *La place de l'éducation thérapeutique du patient dans les plans de santé publique : quelles avancées depuis 2000 ? ; Actualité et dossier en santé publique (ADSP) ; Stéphanie PORTAL, Zinna BESSA, Dominique de PENANSTER, DGOS ; mars 2009 (p. 52 et 53)*

²⁰⁶ Avec au surplus un titre VI nouveau « éducation thérapeutique du patient » dans le livre 1er du Code de la santé publique

²⁰⁷ 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)

4 octobre 2014, dont les auteurs sont notamment²⁰⁸ le Pr Olivier ZIEGLER, président du Groupement de coordination et de concertation des CSO et le Pr Arnaud BASDEVANT, co-président des plans PNNS et PO : Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse.

[276] En tête de ce rapport (voir ci-après) son résumé présente quelques aspects essentiels qui l'inscrivent clairement dans la perspective tracée par le PO.

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.

L'analyse de la situation en France nous a conduit à proposer un référentiel de bonnes pratiques, dont le but est de renforcer l'autonomie des personnes obèses et leur capacité à se prendre en charge (notion de « self-management » et d'« empowerment »), en prenant en compte l'activité physique, l'alimentation, et la dimension psychologique, tel que le demande le plan Obésité (Mesure 1-4 du plan).

L'ETP donne aux professionnels de santé l'opportunité de changer ou d'adapter leurs connaissances, leurs attitudes, et leurs pratiques, envers les patients obèses. Les patients sont amenés à modifier leurs croyances et leurs représentations vis-à-vis de la maladie et de son traitement. Sont concernés le contrôle du poids, mais aussi les conséquences sur l'image corporelle, l'estime de soi et la qualité de vie. L'approche est globale, centrée sur le patient, à qui l'on propose de changer « par lui-même » les habitudes de vie qui ont un impact sur cette maladie (Modifications thérapeutiques du mode de vie, ou MTMV). La personne apprend aussi « à faire face » en mobilisant ses propres ressources (capacité d'exercer un contrôle sur sa vie personnelle, sentiment d'efficacité, démarche de résolution de problème, prise de décision), mais aussi en s'appuyant sur l'équipe de soignants pour mettre en place des actions. La démarche éducative tient le plus grand compte des besoins, des objectifs, et du vécu du patient, tout en restant conforme à un référentiel de bonnes pratiques. Certes, l'objectif est la perte de poids et/ou la stabilisation pondérale, mais le principal est bien d'améliorer l'état de santé (risque de complications inclus), le bien-être, et la qualité de vie.

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.

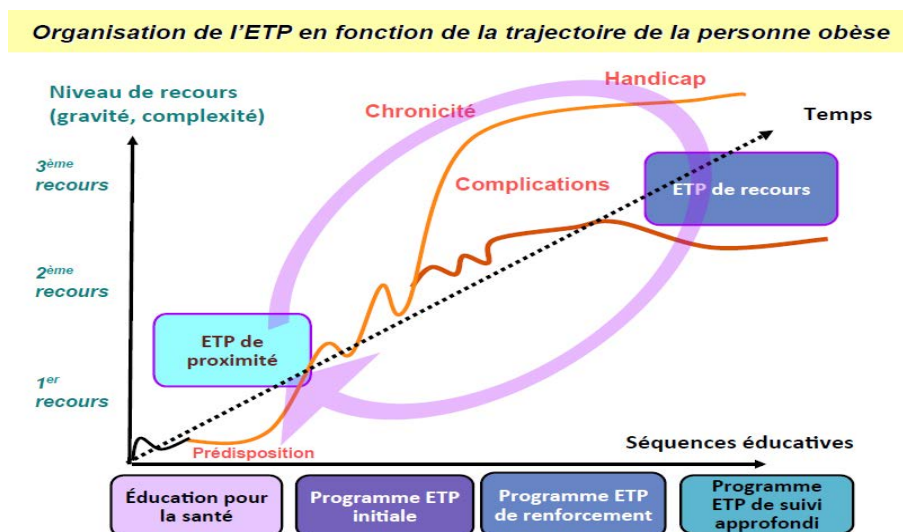
Il paraît nécessaire de créer de nouveaux formats dans le cadre des parcours autorisés, adaptés aux soins de niveau 1, pour les enfants, comme pour les adultes. Cela implique une certaine adaptation du système de santé français. Le plan Obésité a mis en place la gradation des soins, mais aussi sur les 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.

[277] Ce rapport synthétise également, dans 2 encadrés (p. 307 et 308) des points clés portant sur « Compréhension de la maladie et compétences d'autosoins » et « Compétences d'adaptation ou psychosociales » puis présente, entre autres :

- un tableau avec différentes approches éducatives : information ; éducation pour la santé ; accompagnement ; thérapie comportementale ; thérapie cognitivo-comportementale ; éducation thérapeutique du patient (en p. 310 - 311)
- deux tableaux sur l'organisation de l'ETP (à titre d'exemple) en fonction de la typologie du patient et du contexte de soins (chez l'adulte - p312 ; chez l'enfant et l'adolescent - p313)
- trois schémas sur différentes possibilités de parcours d'ETP en fonction du niveau de recours et de la situation clinique²⁰⁹.

²⁰⁸ Rapport co-signé par Olivier ZIEGLER, Arnaud BASDEVANT ainsi que Eric. BERTIN, Béatrice. JOURET, Rozenn CALVAR, Frédéric SANGUIGNOL, et Antoine AVIGNON (voir Revue Obésité (2014) ; p. 302 à 328)

[278] 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 :



Source : présentation du Pr. O. ZIEGLER ; Séminaire CSO – AFERO (31ème réu.scientifique) Nantes janvier 2015

[279] Nourris par une bonne connaissance de la réalité de terrain, 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 CB 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.

2.3.3 Le développement de l'ETP diffère fortement selon les territoires et la volonté des établissements

[280] Les remarques de ce rapport convergent avec les observations de la mission lors de ses déplacements et les documents qu'elle a étudiés, notamment la synthèse réalisée à la demande d'une ARS.

[281] Dans cette région l'ARS a suscité la création d'un « pôle de compétence » en ETP qu'elle finance²¹⁰ afin de fédérer tous les professionnels et associations de patients investis ou désireux de s'investir dans le champ de l'ETP. Son recensement par thématiques des 130 programmes d'ETP autorisés au 31/12/2015, permet de noter que :

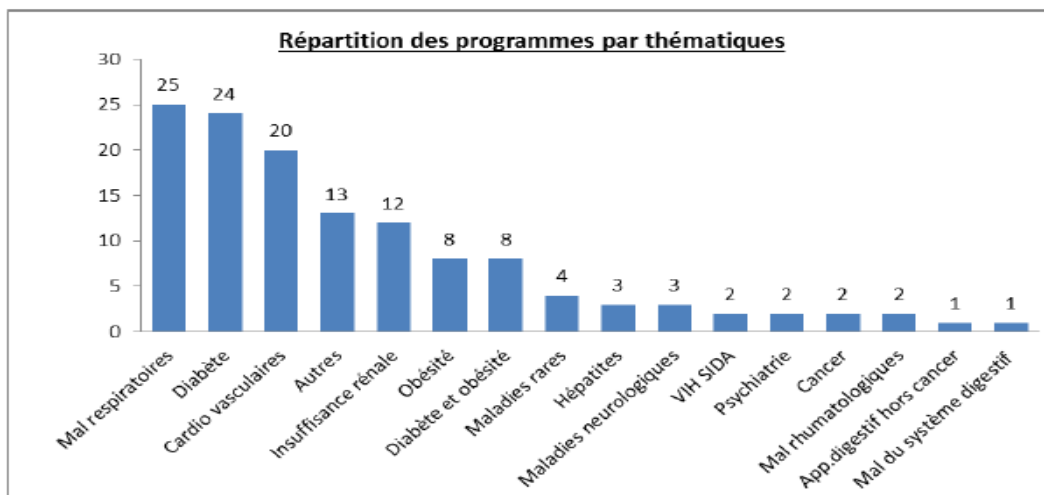
- 40 programmes (soit 30 %) sont dédiés aux personnes diabétiques et/ou obèses (voir l'histogramme ci-après) ;
- ces programmes rassemblent 60 % de la file active (et 53 % des inclusions), ces % pourraient en outre être plus élevés car la demande d'ETP pour des personnes diabétiques et/ou obèses est supérieure à l'offre de programme ;

²⁰⁹ Ces schémas sont proches de ceux déjà cités (avec un exemple) en 2.1 ci-dessus

²¹⁰ Ce qui concourt à la mise en cohérence du programme de travail du pôle avec les orientations de l'ARS et les besoins du terrain. Ce pôle sert ainsi de lieu d'échanges entre professionnels, de centre ressource et d'appui méthodologique

- 75 % des programmes sont portés par des établissements de santé (mais ce nombre avait baissé de 10 % en un an) et 21 % par des réseaux de santé (avec une croissance de 30 % en un an)²¹¹.

Tableau 18 : Répartition des programmes d'ETP par thématiques dans une région



Source : une ARS

[282] Les observations réalisées directement auprès d'opérateurs d'ETP (voir tableau ci-dessous pour quelques-uns d'entre eux anonymisés) et via le questionnaire complètent celles de l'étude.

Tableau 19 : Présentation sommaire de quelques projets d'ETP

Porteur Et partenariat	Nature du projet	Nombres d'heures	Nombre de personnes concernées	Evaluation disponible / décrite / remarques
Réseau de santé + CH public partenariats avec : - opérateur : un centre (privé) de « remise en forme » - adressage : MT, chirurgiens, ...	ETP pour personnes obèses (ou en surpoids) avec plusieurs étapes	Sur une durée de 7 mois, intensité (nombre et nature des séances) modulée	100 inclusions /an (et 300 la première année)	En début d'activité
Réseau de santé spécialisé	soutien méthodologique à d'autres porteurs	Donnée non adéquate	Donnée non adéquate	Réseau actif depuis plus de 5 ans ... mais dont l'activité est mise en péril faute de financement
CHU - CIO en partenariat avec un SSR (privé)	Pré CB ... avec préparation de l'après CB	5 jours	Personnes qui bénéficieront d'une opération de CB	ETP réalisée en « site neutre » en centre ville
Un ES privé commercial	ETP pour des personnes souffrant de troubles psy	Non indiqué	Non indiqué	Pas d'autres programme ETP cités or grand nombre d'opérations de CB
CHU « en régie » + soutien / des réseaux de santé de proximité	Pré CB et en suivi de CB	Selon les types de parcours : de 30 à 60 h	Toutes les personnes se rendant dans le service	L'ETP est une des composantes du « parcours hospitalier »

Source : Mission IGAS

²¹¹ Les 4 % restant sont portés par des organismes de sécurité sociale

[283] Il ressort également des éléments recueillis par la mission dans 4 régions où elle s'est déplacée que :

- La réalisation des actions d'ETP est pour de nombreux réseaux de santé une source de financement « en relai » d'autres financements (par les ARS, les caisses de sécurité sociale, les collectivités territoriales) qui ont été fortement réduits au cours des années récentes ;
- L'engagement dans les programmes d'ETP est très différent selon que l'établissement de santé est public ou privé commercial. Dans une région où deux ES privés réalisaient plus de 30 % des opérations de CB, et les établissements publics environ autant, les 40 % restant étant effectués dans plus d'une quinzaine d'établissements privés, ces derniers n'avaient demandé l'autorisation d'aucun programme d'ETP et les deux « gros établissements » privés n'avaient demandé l'autorisation que pour 2 programmes d'ETP (l'un d'entre eux portant sur un segment très spécifique) alors que les 11 établissements publics réalisaient 14 programmes (dont 3 pour le CHU) ;
- Les CSO remplissent un rôle clef pour le développement effectif de l'ETP²¹² car, certes il s'agit d'une de leurs missions (voir annexe 4) mais aussi, car ils conjuguent :
 - Pluridisciplinarité et expertise²¹³ dans le développement des compétences pour la construction des modules d'ETP ;
 - Capacité de mobiliser les ressources humaines nécessaires sans recherche d'une rentabilité à court terme ; en effet l'ETP est objectivement « contre-productive » pour les ES qui fondent leur modèle économique sur la réalisation de CB car, d'une part, les prix déterminés pour les actions d'ETP par les ARS permettent difficilement de dégager un bénéfice net et, surtout, elle évite à certaines personnes de recourir à la CB qui est, elle, source de revenus pour l'établissement.

2.3.4 Des contraintes structurelles et financières freinent l'extension de l'ETP dans le domaine de l'obésité

[284] Le développement de l'ETP pour la prise en charge des personnes obèses semble actuellement moins freiné par la rareté des compétences individuelles, que par la difficulté pour mettre place un projet et la faiblesse des financements disponibles.

[285] Entre 2010 et 2017, le nombre de formations organisées pour que des professionnels disposent des compétences nécessaires pour développer un projet d'ETP (notamment pour des personnes obèses), s'est fortement accru. Les précurseurs²¹⁴ sont maintenant rejoints par des professionnels de santé, des universitaires et d'autres praticiens d'autres disciplines.

[286] 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 se posent qui peuvent être résumées ainsi : quelle organisation est prête à prendre une initiative qui va mobiliser des personnels, sans être assurée qu'elle va être agréée et tout en sachant que, si c'est le cas, son équilibre financier courant sera fragile ?

²¹² Voir par ex. <http://obesite.univ-tlse3.fr/education-therapeutique-obesite-505022.kjsp?RH=1378132752390>

²¹³ 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

²¹⁴ Voir rapport de 2014, déjà cité

[287] Les constats de terrain permettent en effet d'observer :

- quelques projets portés par des établissements privés lucratifs MCO où sont réalisées plusieurs centaines d'opérations de CB. 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 coût d'organisation » ;
- des établissements publics (et ESPIC) MCO qui proposent environ un tiers de l'offre d'ETP ; 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 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 forte diminution des financements ARS dont ces réseaux disposaient les contraint à se « repositionner » sur une activité rémunérée, certes faiblement mais qui permet à certains de leurs salariés (le cas échéant aussi à quelques professionnels libéraux payés à la vacation) de maintenir une activité « de proximité ».

[288] En résultent de nettes différences²¹⁵, en termes de :

- « lieu de prise en charge » selon le professionnel / l'établissement de santé à qui la personne obèse s'adresse ;
- « territoire » : le lieu de vie de la personne obèse est-il éloigné ou non de l'établissement de santé où elle est prise en charge ? ; ce territoire dispose-t-il d'un réseau de santé qui organise des sessions d'ETP ?

[289] Les observations synthétiques sont :

- En termes de réduction des inégalités de santé, parce que la réalisation d'une ETP dans un territoire éloigné d'un établissement de santé ne pose pas de difficulté d'organisation insurmontable, l'ETP reste sous-utilisé ;
- En termes de qualité des soins : ce sont les établissements et les territoires disposant de l'offre de soins aux personnes obèses la mieux organisée qui ont aussi su bénéficier du développement de l'ETP ;
- Les contraintes sur le FIR et les difficultés opérationnelles des ARS les handicapent pour remplir efficacement leur rôle d'organisation, sur un thème pourtant majeur en termes de santé publique.

²¹⁵ Et sont mentionnées ici, pour mémoire, les sources de différences que sont les revenus, le capital social, les moyens de transport, ...

2.4 L'hospitalisation de jour (HDJ) est bien adaptée pour des soins à des personnes obèses éligibles à la CB

[290] Le domaine de la psychiatrie a, dès les années 1970, donné un contenu pratique à l'expression « hospitalisation de jour » (HDJ) dans le contexte de la désinstitutionalisation et de la sectorisation. L'HDJ est plus récente en MCO et en SSR.

2.4.1 L'HDJ en MCO s'est développée au cours des années récentes dans un cadre juridique évolutif

[291] L'HDJ souffre de 3 types de difficultés pour arriver à disposer légitimement d'un « statut » qui corresponde bien à sa nature, à son exercice pratique et à l'intérêt qu'elle représente :

- Une émergence relativement récente, qui conduit certains à la considérer encore comme un « mode dégradé » de l'hospitalisation temps plein ou comme une sorte de « tour de passe-passe » pour arriver à contourner ce qui est présenté comme un mode d'exercice ambulatoire au sein des établissements de santé ;
- Un englobement « historique » dans les « structures de soins alternatives à l'hospitalisation » où elle s'est retrouvée, sans être toujours explicitement nommée, et qui plus est, dans une grande connexité avec la chirurgie ambulatoire.
- Des modalités de tarification qui, prises dans le mouvement de mise en œuvre de la T2A dans les établissements MCO, se sont trouvées confrontées à la fiabilisation des tarifs issus des coûts (TIC), la convergence des tarifs de prestation avec les TIC, ...

[292] Pour mieux comprendre où se trouve actuellement l'HDJ, un outil particulièrement utile pour la prise en charge de l'obésité sévère et morbide, 3 étapes récentes peuvent être décrites

2.4.1.1 L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a constitué une étape dans la reconnaissance de l'HDJ

[293] L'ordonnance du 2 mai 2005, elle-même inscrite dans un profond renouvellement du cadre budgétaire et financier des établissements de santé, conduit à des modifications réglementaires qui concernent l'HDJ :

- **L'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de (...) dont l'article 5 – 4° : 4° précise :** *Lorsque la durée de séjour du patient est inférieure à la borne basse (...), le GHS est facturé sur la base de 50 % de son tarif, (...)*
- **L'arrêté du 5 mars 2006 relatif à (... même intitulé que l'arrêté du 31 janvier 2005)...**
- **... puis la circulaire (« frontière ») du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour (...) les prises en charge de moins d'une journée ; elle rappelle un principe et explicite les changements apportés par l'arrêté du 5 mars 2006 :**

II.1. Principe général de facturation de ces prise en charge :

(4^{ème} §) : « Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité « externe », et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP »

II.2 Conditions (pratiques) autorisant la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée (elles sont présentées sur 3 pages)

2.4.1.2 La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (dite HPST) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fonde une consolidation de l'HDJ

[294] Le cadre juridico financier établi à la suite de la loi HPST, certes actuellement discuté, n'en a pas moins constitué une base permettant le développement de l'HDJ ; ainsi :

➤ **Le décret du 31 mars 2010 complète, au niveau réglementaire, l'intervention de la loi HPST, et modifie l'art R6121-4 du CSP :**

« Les alternatives à l'hospitalisation (...) comprennent les activités de soins dispensées par (...) Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, (...) où) sont mises en œuvre des investigations à visée diagnostique, des actes thérapeutiques, des traitements médicaux séquentiels et des traitements de réadaptation fonctionnelle, ou une surveillance médicale.

➤ **(puis) l'instruction (« frontière ») DGOS/R n°2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Elle abroge explicitement la circulaire du 31 août 2006, détaille encore plus ce qui figurait dans celle-ci et insiste sur la nécessité de respecter les règles posées en raison de contrôles de l'assurance maladie.**

➤ **L'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé (...) comprend, notamment un chapitre 7 « Hospitalisation de jour et hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée » dont l'article 11 précise que :**

Extraits de l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015

- « 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.

2.4.1.3 En 2016 et 2017, la recherche d'une « nouvelle donne » avec la perspective d'une nouvelle circulaire frontière suscite des incompréhensions et des tensions

[295] Le financement de l'hospitalisation de jour est devenu progressivement, en 2016, un enjeu de plus en plus important sous la triple poussée :

- des contrôles effectués par l'assurance maladie et conduisant au déclassement de toutes facturations établies pour des HDJ réalisées dans certains services, avec des conséquences financières²¹⁶ pour les responsables des établissements de santé (leur direction et les services ayant développé un hôpital de jour),
- des constats opérés (et rendus publics) de la mission IGAS – IGF sur *le développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*²¹⁷,

²¹⁶ La mission ne fait ici que mentionner ces conséquences financières, sans à savoir si les défauts constatés auraient pu être prévenus

²¹⁷ 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 voir p6 « 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

- des recommandations de « financement au parcours » énoncées par le Dr Olivier VERAN chargé d'une mission ministérielle²¹⁸.

[296] L'arrêté du 25 février 2016 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 (voir ci-dessus) introduit un article 11 bis qui ajoute des cas complémentaires et des précisions à l'article 11 défini un an plus tôt²¹⁹.

[297] Puis, un an plus tard est publié l'arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié (voir ci-dessus) où figurent :

- Un article 16 qui, en insérant deux articles nouveaux dans le texte de référence que constitue l'arrêté du 19 février 2015, introduit une nouvelle catégorie de facturation de prestations (le *forfait de prestation intermédiaire*) et en fixe les conditions d'application :

« Art. 17 bis. – La catégorie de prestations mentionnée au °7 de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé "prestation intermédiaire"(FPI).
 «Ce forfait est facturé pour chaque consultation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle nécessitant l'intervention d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à réalisation d'une synthèse médicale, dès lors que la prise en charge correspond à l'une des affections mentionnées à l'annexe 18 du présent arrêté.
 «La facturation de ce forfait ne peut être cumulée avec (...)

- Deux articles 11 et 12 qui renforcent encore les conditions fixées, dans les précédents arrêtés du 19 février 2015 et du 25 février 2016 pour qu'une hospitalisation de jour soit facturée comme telle. Cependant, les éléments nécessaires à la mise en œuvre de ces prescriptions ont été diffusés avec une certaine précipitation :
 - la circulaire d'accompagnement a certes été l'objet d'une concertation engagée dès septembre 2016 ; mais sa 1^{ère} version n'a été présentée au groupe de concertation que le 21 février 2017 ;
 - les précisions techniques pour la facturation ont figuré dans la notice technique de l'ATIH *Campagne tarifaire et budgétaire 2017 ; Nouveautés « financement »* (CIM-MF-239-3-2017) du 29 mars 2017 (et ont dû être retirées quelques semaines plus tard).

[298] Une situation empreinte d'incertitudes et de tensions s'est développée en 2017 et pouvait être encore constatée fin octobre 2017.

2.4.2 L'HDJ, modalité d'organisation de soins bien adaptée à la prise en charge de personnes obèses, requiert des conditions adéquates

2.4.2.1 En amont et en aval d'une intervention de CB, l'HDJ est une modalité efficace d'organisation de soins

[299] L'HDJ n'est pas explicitement citée dans la recommandation de la HAS « obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte – janvier 2009) mais elle correspond bien aux objectif et moyens qui y sont présentés ; ainsi en amont :

- Approche pluridisciplinaire préalable à une éventuelle intervention ;

ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation complète est préconisée par la mission à la fois au niveau territorial et au niveau national. »

²¹⁸ 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) ;

²¹⁹ Ces arrêtés actent, chaque année des modifications qui doivent être publiées avant le 1er mars pour être opposables

- Facilitation d'une décision prise par RCP ;
- Cadencement de la période préalable à l'opération ;
- Préparation d'un suivi pluridisciplinaire post opératoire.

[300] 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. Pour la personne obèse, l'HDJ constitue, en effet, une démonstration que sa situation est étudiée et qu'une thérapeutique alternative à la CB peut être organisée.

[301] Quant au suivi post-opératoire, dont l'importance est déterminante (voire vitale dans certains cas) pour le résultat à termes de quelques années, 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.

[302] Cette articulation entre intervention de CB et HDJ a été présentée de façon détaillée dans les services des établissements de santé publics qui incluent, en outre, dans des parcours patients formalisés, à la fois des consultations médicales et des réunions collectives « préliminaires » avec les personnes intéressées a priori par une intervention de CB.

[303] Les établissements de santé privés lucratifs dans lesquels s'est rendue la mission ont fait état de parcours amont assez proches mais sans que l'expression « hôpital de jour » ait été utilisée. Leurs responsables ont, au contraire expliqué en substance que les fonctions remplies dans des établissements public par des HDJ étaient assurées 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 ».

2.4.2.2 Le développement de l'HDJ pour des personnes obèses éligibles à la CB nécessite un renouvellement des conditions de sa reconnaissance

[304] La présentation, début avril 2017, de proposition d'une nouvelle circulaire « frontière » distinguait (en se fondant sur les arrêtés des 19 février 2015, 25 février 2016 et 27 février 2017 – voir 2.4.1.2 et 2.4.1.3 ci-dessus) 3 types de champs d'application pour des prises en charge (examen et/ou soins)²²⁰ :

- 1 : certains actes chirurgicaux ;
- 2 : certaines prises en charge pluridisciplinaires ;
- 3 : pour certains patients nécessitant des précautions particulières : 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 ; ...

²²⁰ 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 ;)

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

Conditions pour reconnaissance d'une HDJ (dans le projet de circulaire frontière) :

- 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 rescrit²²¹
- 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)

[306] La comparaison entre le projet de circulaire et le précédent cadre de facturation ne montre pas, a priori, de différences majeures et ouvre la voie vers une solution. Pour s'en tenir aux seules HDJ pour personnes obèses, la détermination de critères d'application générale est compréhensible, mais doit être précisée pour répondre aux besoins d'actes pour des pratiques d'HDJ adaptées aux besoins de personnes obèses. En effet, pour que la loi soit effectivement applicable, il est indispensable de tenir compte de spécificités dans les modalités de prise en charge des différentes pathologies.

[307] Quant à la création de la « prestation intermédiaire » elle est une innovation pertinente 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.

[308] Dans le cadre de parcours de soins, à la fois en amont d'une éventuelle opération de CB et pour le suivi des personnes opérées, un bon calibrage des interventions en relation avec les modalités de facturation est indispensable. Sinon, perdurera, voire se développera le paradoxe suivant :

- Le double constat d'opérations de CB qui auraient pu être évitées et d'un suivi mal assuré s'il y avait un recours plus développé à l'HDJ (ou à une « prestation intermédiaire »)
- La fragilité « administrative » d'une modalité de tarification qui conduit certains à éviter un risque financier, par une modalité alternative soit moins performante (mais tout aussi chère), soit aussi performante (mais beaucoup plus chère, en cas de recours à une hospitalisation complète).

[309] Or les intervenants rencontrés par la mission²²² :

- affirment la nécessité de sortir de l'impasse actuelle qui est préjudiciable aux patients, aux équipes soignantes et aux gestionnaires car elle freine le développement de prises en charge efficaces et efficientes ;
- remarquent 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 ;

²²¹ La procédure de rescrit consiste à demander à une administration d'expliquer comment une situation sera traitée, la réponse de l'administration, appelée rescrit, lui étant opposable.

²²² Les positions exprimées par les responsables rencontrés par la mission apparaissent marquées par un manque de confiance mutuel :

- 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 »
- les responsables ministériels et de la sécurité sociale affirment ne pas comprendre les raisons des blocages actuels

- ont rappelé la pertinence de l'article paru en 2015 dans la revue *Obésité : 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*²²³. Cet article décrit la prise en charge d'un patient en CSO, mais les principes qu'il énonce (et les techniques décrites) peuvent s'appliquer dans d'autres établissements. Il est très précis sur les problématiques et le déroulement des phases de bilan (p. 298 et 299) et post-opératoires (p. 301 et 302).

²²³ Cet article (14 pages) est cosigné par Annie DELCOURT, Séverine ANDRIEUX, Iva GUEORGUIEVA, Marie LEPAGE, Odile VERIER-MINE, Monique ROMON, François PATTOU et Marie PIGEYRE qui exercent tous dans un des CSO/CIO du Nord (Lille, Arras, Boulogne sur Mer, Valenciennes) et est sous titré : *Propositions du Groupe de concertation et de coordination nationale des « centres spécialisé de l'obésité »*

3 LE CADRE ET LES OUTILS DE REGULATION NE SONT PAS AU NIVEAU DES ENJEUX POSES PAR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

[310] Les observations présentées ci-dessous sont complémentaires de celles exposées dans les annexes 1 (PNNS et PO) ; 2 (la CB dans la problématique de l'obésité) ; 4, (les centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité) et 7 (les réponses au questionnaire aux ARS) qui présentent : un effort national réalisé grâce au vecteur PO mais depuis nettement ralenti, une prééminence de la CB parmi les diverses voies thérapeutiques pour les personnes obèses sans que des conditions préalables et de suivi rigoureux soient mises en œuvre.

[311] Ces constats se retrouvent, au plan institutionnel, à trois niveaux : une mobilisation inégale des trois acteurs nationaux publics et une faible coordination (3.1) ; des effets limités des actions de la CNAMTS pour améliorer la qualité des soins (3.2) ; des difficultés rencontrées par les ARS, face à une question dont les responsables perçoivent cependant l'importance (3.3).

3.1 Un pilotage national pluriel et peu coordonné des responsables du ministère de la santé, de la CNAMTS et de la HAS

[312] Au niveau national, 3 institutions rassemblent l'essentiel des moyens réglementaires, financiers et d'organisation : le ministère des affaires sociales (DGOS, DGS, DSS et SGMCAS), la CNAMTS (plusieurs directions) et la HAS (plusieurs services). A côté de ces institutions, doivent être cités ; le Haut conseil à la santé publique ainsi que, notamment, l'Académie de médecine et l'Académie de chirurgie.

[313] Tous les responsables rencontrés s'entendent sur des constats semblables et appellent des évolutions, mais celles-ci semblent se heurter dans les 3 cas à des insuffisances de moyens d'action.

3.1.1 Au sein du ministère de la santé, l'obésité n'est pas encore reconnue comme une maladie chronique

[314] Aucune des 4 directions du ministère ayant une compétence sur la prise en charge de l'obésité n'assure de pilotage :

- La DGS a centré, de longue date, son action, sur les questions de nutrition et le PNNS. Plutôt que de la traiter spécifiquement comme une maladie chronique la DGS n'appréhende la question de l'obésité que sous l'angle de ses facteurs de risques (nutrition, sédentarité, ...) ou de ses complications (diabète, hypertension artérielle – HTA ...). Ce choix stratégique a placé en deuxième rang la lutte contre l'obésité²²⁴ qui, alors qu'elle est reconnue comme une maladie en tant que telle²²⁵, ne relève pas de la sous-direction compétente pour les maladies chroniques. Quant aux complications sanitaires de la chirurgie bariatrique, elles ne sont pas encore l'objet d'une réflexion structurée ;

²²⁴ Point de vue tout à fait compréhensible et porté par le Pr. Serge HERCBERG (notamment lors d'un entretien avec la mission)

²²⁵ Voir annexe 2,

- Au sein de la DGOS, qui est responsable de la traduction opérationnelle des soins, au moins 4 bureaux²²⁶ sont concernés par la prise en charge de l'obésité. C'est au bureau R4 que revient la coordination de l'action. Un cadre A en était spécialement chargé avec un rôle d'interface avec des partenaires. Son départ, suivi d'une vacance pendant près d'un an, continue de se faire sentir, malgré un remplacement récent ;
- Le SGMCAS dispose d'une compétence de principe (et d'un pouvoir d'information) sur les FIR et, à ce titre, suit les « parcours », mais, dans des conditions très différentes des actions financées par les MIG « fléchées » ;
- La mission de la DSS la conduit à suivre tous les sujets et à concentrer son attention sur ceux qui sont les plus importants en termes financiers (à court terme) et ceux où des évolutions de pratiques sont possibles, mais en cherchant à éviter des dérapages de dépenses. La lutte contre l'obésité est (dans ce cadre) dans une mauvaise situation : les dépenses directes de chirurgie bariatrique (l'intervention et immédiatement autour) sont « relativement faibles » (environ 300 M€ comparés aux 80 000 M€ de l'ONDAM établissements de santé en 2017) et les modalités alternatives de prise en charge relèvent de dispositifs dont les modalités de financement, pour la plupart, ne sont pas propres à la lutte contre l'obésité.

[315] Alors que d'autres types de pathologies bénéficient d'un suivi identifié (et notamment le cancer, mais aussi, l'autisme, la maladie d'Alzheimer et troubles assimilés), ... il n'en est rien pour l'obésité depuis la fin du PO.

[316] La référence au cancer a souvent été citée par les interlocuteurs rencontrés, non seulement parce que l'institution INCA articule, opérationnalité (protocolisation, recommandations de bonnes pratiques cliniques) et pilotage de la recherche, mais aussi parce que le plan Cancer 2014 – 2019 est le 3^{ème} quasi consécutif depuis 2003.

[317] Cette relativement faible priorité pour l'obésité mérite d'autant plus d'être soulignée que le diabète est bien identifié et l'objet d'efforts spécifiques. Certes, il convient de bien distinguer le diabète et l'obésité, mais ces 2 pathologies n'en sont pas moins étroitement liées.

[318] Sensible au niveau des directions d'administration centrale, cette situation se répercute au niveau des ARS (voir 3.3).

3.1.2 La HAS s'est beaucoup investie pour améliorer la lutte contre l'obésité

[319] La HAS intervient par plusieurs voies dans la lutte contre l'obésité.

[320] Les principes qui sous-tendent la version 2014 du guide de certification portent l'attention vers la transversalité, la qualité des processus et moins vers les bonnes pratiques médicales ou chirurgicales. Quant aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) ils permettent de mieux situer les établissements en général, sur la base de quelques objectifs.

²²⁶ Et ceci est normal car, comme toute organisation, une répartition des missions et des compétences doit être effectuée ; pour l'obésité, il s'agit, surtout, des bureaux de la sous-direction de l'offre de soins : R1 « synthèse organisationnelle et financière » ; R2 « premier recours » ; R3 « plateaux techniques et prise en charges hospitalières aiguës » ; R4 ; « prises en charges post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale »

[321] Au contraire, la procédure IPAQSS est focalisée sur quelques thèmes²²⁷ dont, depuis 2017, celui de la prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte. Ainsi un courrier, du 16 décembre 2016, du directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS aux directeurs généraux et directeurs des établissements de santé ainsi qu'aux présidents de leur CME, précise la procédure. Il mentionne le rôle des ARS dans le processus de contrôle qualité du recueil de ces indicateurs par un besoin de fiabilité accrue « ... *l'opposabilité des indicateurs (utilisation dans des tableaux de bord de pilotage, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), dispositifs d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ), Certification, CBU, etc.) (...)* »

[322] Dans la campagne IPAQSS 2016 pour la prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte, 5 indicateurs ont été retenus. Chacun de ces indicateurs est référé à un élément figurant dans la recommandation HAS de janvier 2009 « Obésité prise en charge chirurgicale chez l'adulte ».

[323] Cette campagne avait été précédée de 3 autres campagnes (en 2013, sur les opérations de CB de 2012, et ainsi de suite pour les opérations de 2013 puis de 2014) où le recueil était optionnel pour les établissements. Le rapport de présentation des résultats des indicateurs²²⁸ pour ces opérations effectuées en 2014 est très clair et détaillé, tant sur la méthodologie et les objectifs recherchés que dans la présentation des résultats (et voir annexe 2).

[324] Ainsi, par sa maîtrise d'œuvre de la production d'IPAQSS (conception de la méthode ; organisation générale du recueil, mobilisation progressive des praticiens) dans les domaines de la prise en charge chirurgicale de l'obésité, la HAS fait le lien avec son rôle :

- dans le domaine de la certification ;
- dans le domaine de la production de recommandation.

Tableau 20 : Recommandations de la HAS dans le domaine de l'obésité depuis 2009 (et quelques documents connexes)

janvier 2009 - Obésité : prise en charge chirurgicale (RBP)
sept 2011 – Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours (RBP)
nov. 2011 - Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) (mémo)
avril 2012 - Réalisation d'une grille d'analyse de la pertinence des demandes de transfert et d'admission en SSR (service évaluation économique et santé publique)
mai 2014 - Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) (fiche méthode pour la réalisation dans un programme de développement personnel continu (DPC))
janvier 2016 - Critères d'éligibilité pour la réalisation d'une chirurgie bariatrique chez les moins de 18 ans (Fiche-mémo)

Source : Mission IGAS

²²⁷ En 2017, la campagne nationale sur les indicateurs de spécialité a porté sur le thème AVC : prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (établissements volontaires ; 9 indicateurs) ; le thème PP-HPP : prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum (3 indicateurs) ; le thème DIA qualité de prise en charge des patient hémodialysés chroniques (6 indicateurs) en plus de la campagne nationale sur le thème des infections associées aux soins et sur la mesure de la satisfaction du patient hospitalisé plus de 48h en MCO

²²⁸ Bilan des 3 principales comorbidités avant l'intervention chirurgicale (hypertension artérielle -HTA- ; diabète ; apnées- du sommeil) : ces bilans figurent dans 73 % (seulement) des dossiers et dans à peine 47 % des dossiers des 25 % d'établissement du dernier quartile.

Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) : 50 % des dossiers ne permettent pas d'attester une discussion de prise en charge en RCP ainsi que les noms et spécialités des intervenants et 23 % des dossiers ne contiennent pas de trace de réunion d'une RCP.

Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant : dans 62 % des dossiers, est retrouvée la trace de la communication au médecin traitant de la stratégie de prise en charge décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire (mais ce qui a été reçu par ce médecin n'était complet que dans 43 % des cas).

[325] Et, ce faisant, la HAS se place aussi aux côtés :

- des professionnels avec lesquels elle établit un partenariat (voir communiqué du 10 octobre 2016 avec la SOFFCOMM et FCDV et le CNAO) ;
- des associations de patients (voir même communiqué) ;
- des pouvoirs publics de l'Etat (ministère et ARS) en contribuant, par son action dans son domaine propre à la stratégie définie ;
- de la CNAMTS, car la production des IPQSS puis des IPAQSS converge avec les actions conduites en vue de la pertinence des soins (dont les MSAP).

[326] La prochaine étape, que la HAS essaie de concrétiser avec la SOFFCOMM (voir annexe 2) vise à ce que s'établissent mutuellement le renseignement :

- D'un registre des personnes opérées pour une intervention de chirurgie bariatrique
- Des données nécessaires pour produire les IPAQSS

ceci, avec un contrôle de cohérence des données, par un rapprochement avec celles du SNIIRAM²²⁹.

3.1.3 La CNAMTS intervient selon plusieurs modalités pour améliorer la pertinence des prises en charge des personnes obèses sévères ou morbides

[327] Une énumération sommaire des modalités d'action dont dispose la CNAMTS²³⁰ conduit à lister des rôles, outils et pouvoirs très divers :

- Dans le cadre de la détermination des tarifs CCAM (et des actes retenus) qui est déterminante pour les établissements privés lucratifs dont les praticiens sont rémunérés sur cette base ;
- Par les conventions (nationales) médicales (ainsi celle du 25 août 2016)²³¹ ;
- Dans le cadre des actions de gestion du risque (GDR) notamment par les relations confraternelles que ses praticiens conseils peuvent développer ;
- Sur la base du pouvoir de contrôle dont disposent ses praticiens conseils et qui fondent des actions à l'égard de professionnels ou d'établissements ;
- Grâce à son outil SNIIRAM (dans lequel est déversé le PMSI) qui permet de nombreux types d'études ponctuelles ou plus générales, notamment en chaînant les parcours ville-hôpital ;
- et, plus généralement, par l'importance de son rôle au sein du système de protection sociale.

[328] Les aspects liés à la GDR et au contrôle seront traités dans le paragraphe 3.2 ; si bien que ce sont quelques « coups de projecteurs » qui seront présentés pour illustrer l'attention croissante portée par la CNAMTS à la lutte contre l'obésité.

²²⁹ Et dans le respect des règles sur la confidentialité, dont la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est le garant

²³⁰ Sans méconnaître les compétences des autres régimes obligatoires d'assurance maladie et en rappelant que le directeur de la CNAMTS est aussi directeur de l'union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM).

²³¹ Ainsi que notamment l'accord-cadre interprofessionnel (UPIC), du 15 mai 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Union nationale des professions de santé

3.1.3.1 La place croissante de la lutte contre l'obésité dans les « rapports charges et produits » de l'Assurance Maladie

[329] Les rapports au ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie (appelés couramment « rapports charges et produits ») offrent, tous les ans²³², à la CNAMTS l'occasion de présenter un état de la situation, une description des difficultés et des réussites ainsi que des propositions. L'obésité, comme état de santé problématique et/ou comme maladie ainsi que la chirurgie bariatrique prennent une place importante dans ces rapports (voir tableau ci-dessous) à partir du rapport daté de juillet 2013. Des développements importants y sont consacrés, le nombre de pages où ces mots sont cités suit une pente nettement croissante.

Tableau 21 : Obésité et chirurgie bariatrique dans les « rapports charges et produits »

Année du rapport <i>L'année de parution est antérieure d'un an</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre total de pages	130	210	160	190	180	230
Nombre de pages où les mots obésité ou chirurgie bariatrique sont utilisés	5	6	5	16	9	22
Nombre de pages consacrées à l'obésité ou la chirurgie bariatrique	X	3 <i>p. 86 à 88</i>	X	10 <i>p. 17 à 26</i>	1	6 <i>p. 130 à 135</i>
Autres remarques	le mot bariatrique pas utilisé		le mot bariatrique utilisé 1 fois			

Source : IGAS

[330] Cette présence visuellement forte, ne peut cependant occulter que :

- de nombreuses pages sont consacrées à des constats épidémiologiques, à des faits constatés ou des propositions ;
- certains des paragraphes sont focalisés sur un point très précis, comme la présentation dans les rapports pour 2016, 2017 et 2018 d'une expérimentation (en phase de projet puis de démarrage) pour les enfants de 3 à 8 ans²³³ ;
- aucune indication chiffrée n'est fournie sur certaines actions de la compétence de la CNAMTS et qui peuvent avoir un fort effet, ainsi par exemple les mises sous accord préalable (MSAP) pour la chirurgie bariatrique²³⁴.

[331] Ceci attire d'autant plus l'attention sur la note de bas de page n°23, p. 85 du rapport publié en juillet 2013 (et qui se retrouve à l'identique sous le n° 77, p. 91 du rapport publié en juillet 2015)

« On peut rappeler par exemple les enquêtes réalisées au début des années 2000, comme l'enquête sur la chirurgie bariatrique de 2004, avec analyse de toutes les ententes préalables et de tous les actes opératoires durant deux mois²³⁵, et avec une baisse du nombre annuel d'interventions de 16 000 à 10 000 l'année suivante.

²³² En application de l'art. 39 de la loi de santé publique du 13/08/2004 ; il est diffusé avant le 30 juin et contribue à la préparation du PLFSS

²³³ Cette expérimentation fondée sur la LFSS pour 2016, a nécessité deux arrêtés : du 10 août 2016 pour la liste des territoires de l'expérimentation et du 10 février 2017 fixant le cahier des charges de l'expérimentation et le décret du 2 mai 2017 cadrant les échanges d'information entre les acteurs impliqués. Elle porte sur la prise en charge précoce et adaptée aux enfants de 3 à 8 ans repérés à risque d'obésité grâce à la mise en place d'un forfait spécifique. Ce forfait peut être prescrit par le médecin qui suit l'enfant selon les besoins de l'enfant et de sa famille, il permet de prendre en charge des bilans et consultations diététique et psychologique et un bilan d'activité physique. L'ensemble de ces prestations sont réalisées par des professionnels rattachés à des structures disposant de compétences particulières (centres de santé et des maisons de santé pluri-professionnelles)

²³⁴ A la différence de la présentation des MSAP pour les orientations en SSR après des opérations orthopédiques

L'emploi actuel des deux types d'outils : ententes préalables et MSAP, est étudié en 3.2.2 ci-après ; mais sera observé ici l'absence d'informations disponibles au sein de la CNAMTS sur ces enquêtes du début des années 2000 (notamment celle de 2004 ; et voir annexe 2 sur les effets ponctuels des campagnes.).

3.1.3.2 L'investissement de la CNAMTS dans la cohorte des personnes opérées en 2009

[332] Le SNIIRAM est une base de données extraordinairement développée²³⁶. Son utilisation est ouverte aux chercheurs (notamment universitaires) présentant des projets. C'est également le cas de l'échantillon général des bénéficiaires (EGB) au 1 % de la population protégée dont la plus faible taille rend plus facile l'utilisation.

[333] Cependant, c'est la constitution de la cohorte des personnes opérées en 2009 (et voir annexe 2) qui constitue un tournant. Les premières actions et démarches en vue de sa constitution remontent avant le plan obésité et alors même que le pourcentage de personnes obèses n'avait pas encore atteint les chiffres actuels et que le nombre d'opérations bariatriques était 4 fois plus faible qu'actuellement.

[334] Au total, depuis le milieu des années 2000, les responsables de la CNAMTS bâtissent des outils de mesure et un discours qui leur permettent d'alerter sur les risques de l'épidémie d'obésité. Cet ensemble est mis au service de la GDR avec, cependant, une relative prudence dans la portée des actions retenues.

3.2 Les outils de la CNAMTS pour encourager l'amélioration des pratiques ne produisent pour l'instant que des effets limités

[335] La politique menée par la CNAMTS (aux côtés notamment de l'État, de la HAS) pour lutter contre l'obésité sera étudiée successivement en ce qu'elle concerne les professionnels libéraux intervenant « en ville » puis, l'activité des établissements.²³⁷

3.2.1 La prise en charge ambulatoire des personnes obèses peut se heurter à des limites financières

[336] La CNAMTS a fait évoluer ses relations avec les professionnels qui interviennent « en ville ». Ces évolutions sont générales mais peuvent trouver à s'appliquer plus particulièrement pour les personnes obèses ; elles doivent aussi être envisagées en relation avec des choix de l'État ou des collectivités territoriales.

[337] En utilisant à nouveau ici la typologie du tableau 7 (voir ci-dessus en 2.2), il est possible de dresser le tableau suivant pour repérer l'intervention financière de la CNAMTS²³⁸.

²³⁵ Soulignement effectué par la mission IGAS

²³⁶ Le SNIIRAM est appelé à être intégré, au cours des années à venir, dans le système national des données de santé (SNDS)

²³⁷ Même si cette distinction ne vaut qu'en première approximation, par exemple la distinction « ville » / « établissement » est brouillée pour les médecins intervenants dans un établissement de santé dont ils ne sont pas salariés

²³⁸ La MSA a développé elle aussi, et souvent bien avant la CNAMTS des formes de soutien. Mais, il n'en sera pas fait état ici

Tableau 22 : Les instruments de la CNAMTS à l'égard des professionnels qui interviennent auprès des personnes obèses

Type de dispositif / de modalité	Professionnels concernés	Intervention financière Etat / ARS et CNAMTS	Origine de cette pratique	Difficultés /remarques éventuelles
Education thérapeutique du patient (ETP)	Professionnels de santé ; autres professionnels. (éducateurs ; APA, ...)	L'Etat agréé et finance	Pratique ancienne ... mais restée longtemps (et encore) trop peu utilisée	Faible niveau de la rémunération des prestations Est du « soin » ... (et pas de la « prévention très en amont »)
Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) la surveillance régulière de la courbe de poids des enfants < 16 ans est un parmi les 29 indicateurs	Médecins généralistes	CNAMTS	Avenant du n°1 du 30/12/2016 à la convention médicale du 25/08/2016	La ROSP, modalité de rémunération qui permet des évolutions de pratique, est maintenant bien acceptée
Consultation de suivi de l'obésité d'enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité	Médecins généralistes	CNAMTS	convention médicale 25/08/2016	Une des 3 consultations « de prévention » réévaluée dans la nouvelle convention
Consultation coordonnée d'un psychologue <i>expérimentations prise en charge de la souffrance psychique des jeunes</i>	Médecins généralistes : Psychologues	CNAMTS (et Etat)	Créé par loi 26/12/2016 et Déc. 05/05/2017	Montre la voie pour les personnes obèses étant donné les problèmes psychiques qu'elles rencontrent
Protocole de délégation de tâche	Professionnels de santé	« neutre »	Art. 51 loi HPST du 21/07/2009 Moins de 10 dossiers présentés et acceptés	Relative lourdeur de la mise en œuvre
Réseaux de santé : modalités thérapeutiques collectives ; intervention d'autres professionnels ;	Professionnels de santé et autres professionnels. (éducateurs ; assistants de service social APA, ...)	Etat / ARS (surtout) CNAMTS – (beaucoup moins depuis la création du FIR)	Grande capacité des réseaux à faire émerger et mettre en œuvre des innovations Depuis # 1980 ... avec soutien + :- fort de l'Etat et la Sec. Soc.	Diversité des réseaux conduisant à des incompréhensions Difficulté de faire coexister, paiement à l'acte ... et modalités de concertation, suivi de parcours, intervention de professionnels dont les prestations ne sont pas remboursables
Plateforme territoriale d'appui (PTA) pour la coordination des parcours de santé complexes	Médecins généralistes et spécialistes pourront faire appel à des professionnels pour des prises en charge	Etat / ARS	Créée par loi 26/01/2016 + décret du 4 juillet 2016 En cours de déploiement	Pas encore de retour d'expérience Les financements sont, en pratique, des crédits attribués précédemment aux réseaux
Centres de santé	Professionnels de santé et autres professionnels. (éducateurs ; assistants de service social, ...)	Possible contribution financière de l'Etat, de la CNAMTS, des collectivités ²³⁹ territoriales	Depuis le XIX ^{ème} Art. L. 6323 1 du Code de la santé publique (CSP)	(idem réseaux) Difficulté de faire coexister, paiement à l'acte ... et modalités de concertation, suivi de parcours, intervention de professionnels dont les prestations ne sont pas remboursables
Maisons et pôles de santé (MPS)		Des aides spécifiques CNAMTS pour les MPS ²⁴⁰	Inscription dans le CSP en 2007 : art. L.6323-3 et L.6323-4	
Type de dispositif / de modalité	Professionnels concernés	Intervention financière Etat / ARS	Origine de cette pratique	Difficultés /remarques éventuelles
Télé-suivi	Médecins généralistes et spécialistes ainsi que des professionnels de santé	Possible contribution financière de l'Etat, de la CNAMTS, des collectivités territoriales	Un développement récent mais qui reste faible malgré des changements pratiques et culturels	Le « modèle économique » n'est pas encore bien défini par les différents acteurs

Source : Mission IGAS

²³⁹Régions, Départements, Communes et Intercommunalités²⁴⁰ Ainsi, implantation en zone dite « fragile » (voir convention de 2016)

[338] Cette présentation permet de faire émerger 3 types de problématiques, du point de vue de la CNAMTS :

- Un premier groupe où se retrouvent les outils conventionnels (ainsi la rémunération sur objectifs de santé publique –ROSP- ...) : la CNAMTS a su montrer que des évolutions étaient possibles ;
- Un deuxième groupe dans lesquels figurent les organisations structurées (Réseaux de santé, plateforme territoriale d'appui –PTA-, centres de santé, maisons et pôles de santé-MPS) où la CNAMTS peut intervenir, mais où c'est l'ARS qui a essentiellement la main ;
- Un dernier groupe où peuvent être rangés les protocoles de délégation de tâche, l'ETP et la télémedecine où les progrès ne peuvent venir que d'une action conjuguée de l'Etat et de la CNAMTS.

[339] Chacun de ces types de voies de progrès apparaît très adapté pour la prise en charge de personnes obèses (et notamment en amont et en aval d'une opération de chirurgie bariatrique).

[340] En outre, étant donné la prévalence de l'obésité et la nécessité d'apporter des réponses aux caractéristiques très diverses en fonction des besoins de chaque personne obèse (besoins médicaux, caractéristiques sociales, données géographiques, ...) les divers types de dispositif sont à prendre conjointement en considération. Cependant, cette perspective n'a pas été évoquée par les interlocuteurs de la mission, tant au niveau national qu'au niveau régional ; ne serait-ce que pour une fraction de ces dispositifs.

[341] Au total, émerge un écart entre, d'une part :

- l'importance des besoins de prise en charge de personnes obèses ;
- les constats alarmants sur les conditions dans lesquelles se déroule un pourcentage important des opérations bariatriques ;
- la nécessité de développer la prise en charge ambulatoire malgré les difficultés qui s'y attachent ;
- la diversité des dispositifs qui sont opérationnels et qui pourraient être développés.

et, d'autre part, la faiblesse des moyens (humains et financiers) consacrés à leur développement ; ainsi, l'avenant n°1 à la convention médicale de 2016 a introduit un indicateur ROSP dédié à l'obésité, mais celui-ci est focalisé sur les mineurs de moins de 16 ans²⁴¹.

3.2.2 Plusieurs types d'instruments d'incitation ou de contrôle (entente préalable, mise sous accord préalable (MSAP), ...) avec des effets qui restent modestes

[342] Plusieurs types d'instruments sont utilisés par la sécurité sociale, de façon « historique » (comme les « ententes préalable »,) ou plus récentes (comme les MSAP), avec pour but de contrôler l'activité ou la pertinence des actes des praticiens ou des établissements de santé. Un tableau sommaire (voir ci-après) permet de présenter la diversité de ces instruments avant de concentrer l'attention sur la mise sous accord préalable (MSAP).

²⁴¹ Part des patients (du médecin traitant) de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée (par *déclaration*) dans le dossier médical au moins une fois par an ; l'avenant n° 1 comprend 8 indicateurs de qualité des pratiques cliniques pour la prise en charge des enfants ; il a été signé à la suite l'art. 76 de la loi du 24 janvier 2016 qui instaure un « médecin traitant de l'enfant » (art. L. 162-5-3 du CSP)

Tableau 23 : Quelques types de contrôle exercés par le service médical et/ou les services administratif de l'assurance maladie

nom	objet	remarques
Accord préalable au sens de l'art. L315-1 CSS (<i>encore appelé « entente préalable »</i>)	Vérification a priori par le service médical du bien-fondé de l'intervention Permet un contrôle sur le prescripteur	Cet outil a été un des premiers à être utilisé et est actuellement maintenu : en droit et en fait, pour quelques actes seulement en droit, mais pas en pratique, pour les autres actes ou traitements où il reste applicable (la CB par exemple)
Contrôles de l'activité d'un praticien ou d'un établissement	Ce contrôle repose sur l'art. L.315-1 CSS, qui traite, depuis sa formulation issue de l'ordonnance du 24 avril 1996 : II et IV - des professionnels III et III bis - des établissements	le II est centré sur « <i>les abus en matière de soins ...</i> » ²⁴² , les III et IV commencent par : « <i>Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé / des professionnels de santé ...</i> »
Contrôle de la tarification à l'activité (T2A)	Contrôle de la qualité et de la justesse du codage des actes qui définit le GHM et le tarif associé Il est a priori « strictement financier » mais il a un effet sur la nature de l'activité (voir 2.4 sur l'HDJ)	Ce contrôle ne porte pas sur la pertinence des actes. Il avait été organisé en 2006, à la suite de l'entrée en vigueur de la T2A, puis modifié (après la loi HPST -décret du 29 sept. 2011- et par le décret du 6 avril 2017
Mise sous accord préalable (MSAP) <i>Et</i> Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)	l'art. L163-1-17, dans sa version issue de la LFSS pour 2016, précise que « <i>Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels (...) le directeur général de l'ARS peut, (...) décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical (...) d'assurance maladie</i> ²⁴³ , (...) la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. »	Le CAQES est la forme actuelle d'un type de dispositif, institué à l'art. L.162-1-17 du CSS par la LFSS pour 2008 ... et qui a été suivi par plusieurs mécanismes similaires ²⁴⁴ auquel il se substitue sous une forme obligatoire. Un report de deux ans de la mise en œuvre des sanctions aux établissements n'ayant pas signé de CAQES a été annoncée, mi-novembre 2017, par la ministre chargée de la santé.

Source : IGAS

3.2.2.1 Trois mécanismes de contrôle, ancien, ciblé ou généraux, concernent la CB

[343] **Le mécanisme d'accord préalable (encore couramment appelé) « entente préalable »** reposait sur l'affirmation qu'il était nécessaire de donner aux praticiens conseils un pouvoir de veto pour des actes considérés comme « à la marge » de véritables soins ou sujet à des écarts de pratiques pouvant signifier des problèmes de pertinence au d'adéquation des activités. Deux postulats fondaient cette logique : la recherche d'économie ; la nécessité que les professionnels sachent qu'un mécanisme de respect de la règle existait. La mise en œuvre de ce dispositif a été progressivement restreint et ne relèvent plus maintenant de l'art. L315-1 CSS que très peu de types d'actes²⁴⁵ en plus des actes de chirurgie bariatrique et de chirurgie réparatrice.

²⁴² II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

²⁴³ Et pour cela, est signé un CAQES (voir art. D162-14 du CSS)

²⁴⁴ Ainsi dans la LFSS pour 2015, le « contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments (...) » et « Le contrat d'amélioration des pratiques (qui) comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. »

²⁴⁵ Certains actes de masso-kinésithérapie ; les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) ; certains examens et analyses de laboratoire ...

[344] En ce qui concerne la CB, et selon les dires concordants, les demandes d'accord préalable adressées par les chirurgiens ne sont le plus souvent pas ouvertes dans les échelons locaux du service médical et, a fortiori, examinées ; ce qui donne à penser que ce mécanisme est maintenu : pour éviter de donner un contre-signal et/ou pour le cas où il y en aurait à nouveau besoin (car (re)mettre en place un mécanisme de contrôle ne peut être réalisé sans effort).

[345] **Le contrôle de l'activité d'un praticien ou d'un établissement** est justifié par le constat que certains professionnels ou responsables, dans le domaine de la santé, commettent des fautes, fraudes ou abus. Envisager le contraire serait irréaliste ; reconnaître cette réalité impose des mécanismes pour reconnaître et sanctionner des fraudes ; d'où ce type de contrôle.

[346] **Le contrôle T2A** ne pouvait, par définition, qu'être consécutif à la réforme de la tarification des établissements de santé, expérimentée en 2000, promue en 2002 par le plan « hôpital 2007 » et déployée à partir de 2004 (2005 pour les établissements privés lucratifs). Il vise à vérifier que l'affectation des séjours des assurés sociaux dans un des 2500 GHM est bien réalisée dans les règles²⁴⁶. En effet, le GHM détermine un tarif et, d'une part, des erreurs (involontaires ou non) peuvent se produire et, d'autre part des interprétations inévitables doivent être mises au clair

[347] Ce qui fait donc de la mise sous accord préalable (MASP), le dispositif désormais privilégié. En effet son fondement (la pertinence des soins) et la procédure employée (objectivisation des choix, concertation et accompagnement des professionnels de santé et des responsables d'établissements) sont cohérents avec la perspective de collaboration entre sécurité sociale et professionnels.

3.2.2.2 Une procédure méthodique, ayant une valeur pédagogique, précède la mise sous accord préalable (MSAP)

[348] La mise sous accord préalable (MSAP) est la partie la plus visible d'une procédure qui vise l'amélioration de la qualité et s'est progressivement intégrée dans un ensemble cohérent où interviennent la HAS, la CNAMTS (et les CPAM et les échelons régionaux du contrôle médical) et l'Etat (DGOS et ARS) :

- Les recommandations de bonne pratique de la HAS servent de référence (mais sans exclusivité) ;
- Le travail engagé sous l'égide de la DGOS (avec la production d'un Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins) soutient la démarche conduite au niveau régional dans les ARS ;
- La logique d'amélioration de la gestion du risque, exprimée par la CNAMTS au niveau national et régional (plans régionaux de gestion du risque – PGRDR, inclus dans les PRS de 1^{ère} génération) et local.

[349] Le dispositif d'accord préalable institué par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008, a soutenu la mise en place d'indicateurs de ciblage définis en 2009 pour la CB par la CNAMTS dans le cadre du programme pertinence des soins. Cette dynamique a été renforcée dans les LFSS suivantes, et notamment celles pour 2015 et pour 2016. La mise sous accord préalable concernait ainsi, en 2017, outre la chirurgie bariatrique (intégrée depuis 2015 en tant

²⁴⁶ Cette affectation, déterminée par des algorithmes appliqués à la pathologie et aux actes dont a bénéficié la personne hospitalisée repose sur les informations déclaratives inscrites dans le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) par le prescripteur et/ou le médecin DIM (département de l'information médicale).

qu'action prioritaire dans les régions au sein des *plans d'action pluriannuels pour la pertinence des soins* - PAPRAPs), la chirurgie du syndrome du canal carpien.

[350] En pratique, et pour la CB, la sélection (appelé ciblage) des établissements, est effectuée à partir des indicateurs suivants²⁴⁷ : 1) Part des 18-20 ans / 2) Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006 / 3) Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois / 4) Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale / 5) Part du groupe d'interventions le plus fréquent / 6) Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pré-chirurgicale

[351] Ces indicateurs conduisent à repérer des établissements atypiques, auxquels sont proposés, après consultation de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS – voir ci-après 3.3.4.2), des actions de redressement, dans le cadre d'un contrat tripartite (établissement /ARS /Assurance Maladie). Si une partie des établissements de santé sont seulement « accompagnés », d'autres sont l'objet d'une mise sous accord préalable (MSAP) des interventions chirurgicales qui y sont projetées.

[352] Les études réalisées par les médecins conseils sur les projets d'opérations qu'ils sont chargés d'analyser ont fait apparaître des % de refus relativement élevés (voir tableau) et qui peuvent être comparés avec les chiffres issus d'une étude réalisée pendant deux mois en 2004²⁴⁸.

Tableau 24 : Les établissements en MSAP et les refus de prise en charge

	2013	2014	2015	2016
Nombre d'établissements mis sous MSAP (au 31/12)	20	35	nd	35
Nombre d'actes étudiés (au cours de l'année)	428	737	nd	676
Nombre d'actes dont la prise en charge a été refusée (au cours de l'année)	64	56	nd	197
Taux de refus de prise en charge	15 %	8 %		29 %

Source : CNAMTS

[353] Les responsables d'une des régions dans laquelle s'est rendue la mission, soulignaient :

- L'intérêt du maintien du choix de la CB parmi les thèmes prioritaires de niveau national, avec une bonne coordination entre SOFFCOMM, HAS et CNAMTS ;
- Au niveau régional, l'apport du groupe de travail pertinence mis en place par l'ARS et qui avait aussi identifié la CB comme thème prioritaire même si le taux de recours n'est pas anormalement élevé dans cette région.

[354] Dans cette même région, la direction régionale du service médical (DRSM) et l'ARS ont pu déterminer, à partir des données dont elles disposaient, deux groupes : les ES moins atypiques que l'assurance maladie a accompagnés et les ES les plus atypiques qui relevaient d'une MSAP.

²⁴⁷ La HAS a aussi effectué un travail sur les indicateurs pour un ciblage des actions sur la pertinence des soins

²⁴⁸ Voir le rapport sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2016, p. 91, « note de bas de page n°77 : On peut rappeler par exemple les enquêtes réalisées au début des années 2000, comme l'enquête sur la chirurgie bariatrique de 2004, avec analyse de toutes les ententes préalables et de tous les actes opératoires durant deux mois, et avec une baisse du nombre annuel d'interventions de 16 000 à 10 000 l'année suivante »

[355] En pratique, et toujours selon les acteurs rencontrés dans cette région, la détermination du seuil à partir duquel un établissement peut être considéré comme atypique est plus complexe que la seule application de critères chiffrés ; ainsi :

- Selon les années considérées, 6 auraient pu être considérés comme atypiques mais seulement 4 ES pouvaient l'être de façon incontestable ;
- Parmi ces 4 ES, 2 ont transmis 61 demandes d'accord préalable dont 15 % ont reçu un avis défavorable ;
- ... et les 2 autres ES n'ont transmis aucune demande alors que des interventions bariatriques ont été réalisées ; ce qui impose au DRSM des travaux complémentaires, préalables à une action de contrôle.

3.3 Les outils de l'Etat entre les mains des ARS se révèlent difficiles à utiliser en pratique

[356] En instituant les ARS, le législateur a voulu à la fois renforcer les pouvoirs de l'Etat au niveau régional dans les domaines sanitaires et médico-sociaux, articuler les compétences de ces agences avec les pouvoirs des caisses d'assurance maladie au service d'une politique de santé dont les choix essentiels relèvent du niveau national, mais qui est conduite au niveau de chaque région.

[357] Ce choix fondamental de 2009, d'ailleurs situé dans une perspective issue de 1996, voire d'années antérieures, s'est trouvé explicitement conforté par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé²⁴⁹

[358] Ces responsabilités se retrouvent tant dans le domaine stratégique (voir 3.3.2 - PRS), que dans la mise en œuvre (voir 3.3.3 – autorisations ; 3.3.4 – PAPRAPS ou 3.3.5 - par des financements). Mais la mise en œuvre de ces responsabilités a été entravée, en 2016, par les réorganisations liées à la nouvelle carte administrative des régions, ainsi que par des contraintes financières pressantes.

3.3.1 Dans les ARS des responsables mobilisés mais qui manquent de moyens pour agir

[359] La réforme des régions, évoquée au mois d'avril 2014 par le président de la République, portée par la loi votée en décembre 2014 et promulguée en janvier 2015²⁵⁰ a imposé des réorganisations profondes et rapides, tant pour les services des conseils régionaux que pour les services de l'Etat dans les nombreuses régions qui étaient l'objet d'un regroupement.

[360] Dans le même temps, les services des caisses d'assurances maladie (services de gestion et services médicaux) ont commencé à engager une évolution de leur organisation, mais sans avoir à le faire « à marche forcée ».

²⁴⁹ Notamment, par l'art 1 de cette loi qui a modifié l'Art. L. 1411-2 CSP.-« Dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'Etat, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent.

Ils poursuivent les objectifs, définis par l'Etat et déclinés par les agences régionales de santé, visant à garantir la continuité, la coordination et la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins. »

²⁵⁰ Loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

[361] Les responsables des ARS ont donc consacré beaucoup de temps et d'efforts, en 2015 et 2016 à ces questions et, encore en 2017, de nombreux problèmes étaient loin d'être résolus. Les déplacements de la mission dans 3 « nouvelles régions » lui ont permis de constater que les « anciennes régions » prévalaient encore largement dans les références et les propos des responsables rencontrés.

[362] Or ces réorganisations se sont télescopées avec la préparation des nouveaux PRS en cohérence avec la loi du 26/01/2016 à quoi s'est ajouté le changement de gouvernement se traduisant, notamment, par le lancement, le 18 septembre 2017, des travaux de la stratégie nationale de santé 2017.

[363] Et, pour rendre un peu plus ardue la tâche des responsables des ARS, de fortes contraintes restrictions budgétaires frappent plusieurs des enveloppes servant à financer des dispositifs indispensables pour construire des parcours alternatifs à la voie qui conduit vers la CB.

3.3.2 Les PRS peuvent constituer le cadre d'un développement de la prévention de l'obésité et de l'organisation de soins adaptés

[364] Le projet régional de santé, tel que défini à l'art. L. 1434-1 du CSP dans la loi HPST et légèrement actualisé dans la loi du 26 janvier 2016, rassemble le « *cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans* » (art L. 1434-2) et « *un schéma régional de santé (SRS ... voir ci-dessous)* »

Le schéma régional de santé (...)

- > établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- > détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.
- > Ces objectifs portent notamment sur
 - la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins
 - sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé
 - notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

[365] Cette définition du PRS en fait le principal instrument de pilotage régional des politiques de santé et lui donne un rôle central pour les missions qui relèvent de l'ARS. Il forme la base du droit des autorisations d'activité pour les établissements de santé.

[366] Les deux générations de PRS, celle qui a suivi la loi du 21 juillet 2009 (les PRS 2012 – 2016/2017) et celle qui suit la loi du 21 janvier 2016 (les PRS 2018 - 2022) ont souffert d'une relative tension liée au calendrier entre la parution de tous les textes consécutifs à la réforme législative, les diverses études, les choix préalables nécessaires²⁵¹, ainsi que les concertations et consultations à conduire avant leur date attendue de publication. Dès lors, des choix sous contraintes et des imperfections sont inévitables.

²⁵¹ Notamment le choix, avant les PRS 1^{ère} génération « *des territoires de santé (...)* pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (Art. L. 1434-16 CSP ; abrogé) puis avant les PRS 2^{ème} génération de « *territoires de démocratie sanitaire* » (Art. L. 1434-9 et 10 CSP) qui remplacent les territoires de santé et sont délimités par l'ARS à l'échelle infrarégionale.

[367] Dans les précédents PRS et en ce qui concerne la prise en charge de l'obésité, sont manifestes (et signalés par les responsables des ARS dans leur réponse au questionnaire IGAS) :

- Un hiatus entre l'obésité, citée comme problème de santé et nécessitant des efforts de prévention ... et la prise en charge (pas de « parcours » repérés pour des personnes obèses, à la différence des personnes âgées, des jeunes avec difficultés psychiques, des personnes touchées par le cancer...);
- Une absence de focale sur les besoins de SSR pour les personnes obèses, alors même que la redéfinition d'une carte de l'offre est présentée dans plus de la moitié des schémas régionaux de santé (SRS).

[368] Pour autant, certaines ARS ont su utiliser leurs compétences pour faire évoluer l'offre ; ainsi un SSR à Lyon (consacré pour moitié à la prise en charge de personnes obèses ou souffrant **d'affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien et pour moitié de personnes ayant des troubles de l'appareil locomoteur ou du système nerveux**) créé par regroupement de 2 SSR et ayant permis que se développent des prises en charge en hôpital de jour.

[369] Des similitudes peuvent être relevées avec les PRS qui étaient en cours de définition au moment de la mission. Les personnes obèses morbides (et aussi sévères avec complication) correspondent à plusieurs titres à la formulation de l'art. L.1434-2 modifié du CSP qui présente le PRS : « ... *personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie* » et devraient donc pouvoir bénéficier de « ... (un) *renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé* ». Mais aucun groupe de travail constitué pour la préparation du PRS, n'avait été, dans les régions visitées par la mission, spécialement dédié à la prise en charge des personnes obèses et c'est, au mieux, que les besoins des personnes obèses sévères ou morbides pouvaient être entendus, parmi les personnes souffrant de « maladies chroniques ».

[370] Or les ARS sont loin d'être sans moyen, car elles disposent de plusieurs types de documents plus ou moins étroitement articulés avec les documents stratégiques du PRS :

- les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui sont un levier d'action, relativement nouveau et potentiellement très puissant ;
- la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- les autorisations d'activité (*voir -ci-après*).

3.3.3 Les autorisations d'activité, un levier qui n'est pas encore mobilisé pour renforcer la qualité des opérations de CB

3.3.3.1 Les autorisations d'activité sont prévues pour des catégories larges, sauf pour quelques activités de soins spécifiques, mais la CB n'en fait pas partie

[371] La liste réglementaire²⁵² des activités de soins dont la création, la conversion et le regroupement sont soumis à autorisation est précisée dans l'article R.6122-25 du CSP. Elle comporte 18 activités de soins.

²⁵² Voir art. L.6122-1 du CSP : *Sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds. La liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en Conseil d'Etat*

Trois de ces « activités » précisées dans cette liste ont connu des modifications au cours des 10 dernières années :

- le n°5° intitulé « soins de suite et de réadaptation » après son regroupement avec le n° 6 « rééducation et réadaptation fonctionnelle » par le décret du 14 avril 2008 précité ;
- le n°17 « activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal », où le mot « biologique » a été introduit par le décret du 22 juin 2008 ;
- le n°18 « traitement du cancer », introduit par le décret du 21 mars 2007 (et voir ci-dessous).

[372] Le périmètre de ces activités peut être très large (n° 1 « Médecine » ; n°2 « Chirurgie » ; n°4 « Psychiatrie », sans plus de précision pour chacune) ou au contraire très délimité comme pour 4 activités dont la technicité est très forte :

- 10° « Chirurgie cardiaque » ;
- 11° « Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie » ;
- 12° « Neurochirurgie » ;
- 13° « Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie » ;

[373] Ces 4 activités sont soumises à des règles précises. Ainsi, par exemple, pour la chirurgie cardiaque (spécialité chirurgicale juridiquement définie – voir R.6123-69 CSP), sont fixées des conditions sur le nombre d'interventions par site (400 patients adultes ; 150 mineurs), sur la composition de l'équipe médicale pluridisciplinaire (nombre et compétences) et sur l'équipe soignante pluri-professionnelle.

[374] La « chirurgie des cancers » est une des composantes de l'activité n° 18, « traitement du cancer » et est la première « pratique thérapeutique » énoncée à l'article R 6123-86²⁵³ (créé par le décret du 21 mars 2007)

[375] Enfin, la chirurgie esthétique est l'objet, dans le code de la santé publique, d'un chapitre spécial, dont la section 1 « autorisation » est composée des art. R.6322-1 à 6322-29.

[376] Quant à la chirurgie bariatrique, elle se trouve dans l'intitulé « chirurgie », sans plus de précision.

3.3.3.2 Les changements introduits en 2007 pour le traitement des cancers fournissent une référence articulée

[377] Le dispositif juridique encadrant l'activité de traitement du cancer et issu du décret du 21 mars 2007 fournit une référence très utile et sera donc présenté assez en détail ci-après. Il est caractérisé par l'existence :

- de dispositions réglementaires « transversales » relatives aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement quelle que soit la modalité de traitement (voir art. R 6123-88 CSP) ;

²⁵³ L'autorisation prévue par l'article L. 6122-1 nécessaire pour exercer l'activité de soins du cancer mentionnée au 18° de l'article R. 6122-25 est accordée pour une ou plusieurs des pratiques thérapeutiques suivantes :

- 1° Chirurgie des cancers ;
- 2° Radiothérapie externe, curiethérapie, dont le type est précisé ;
- 3° (...); 4° (...).

- de dispositions réglementaires spécifiques relatives aux conditions d'implantation pour le traitement des cancers par chirurgie (voir art. R 6123-89 CSP mais pas de conditions techniques de fonctionnement spécifiques pour la chirurgie des cancers) ;
- de critères d'agrément de l'Institut National du Cancer (INCa), ayant valeur réglementaire, pour la pratique de la chirurgie des cancers (adoptés par l'INCa le 20 décembre 2007) assimilables pour partie à des conditions de fonctionnement.

Les dispositions « transversales » imposent aux titulaires de l'autorisation de :

- 1° Etre membre d'une coordination des soins en cancérologie, soit un réseau régional reconnu par l'Institut national du cancer, soit, un réseau territorial dont la convention constitutive a été approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;*
- 2° Disposer d'une organisation, mise en place le cas échéant conjointement avec d'autres titulaires d'une autorisation de traitement du cancer, qui assure à chaque patient :*
- a) 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 ;*
 - b) La mise en œuvre de traitements conformes à des référentiels de bonne pratique clinique définis par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 ou, à défaut, conformes à des recommandations faisant l'objet d'un consensus des sociétés savantes ;*
 - c) L'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux (...)*
- 3° Satisfaire aux critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 en matière de qualité de la prise en charge des affections cancéreuses ;*
- 4° Assurer aux patients, (...) l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques, en s'appuyant sur l'organisation prévue (...) par le schéma régional d'organisation des soins.*

[378] Les conditions de seuil d'activité ont été posées de façon à la fois générale et précise par l'art. 1 du décret du 21 mars 2007 (codifié à l'art. R 6123-89 CSP) :

« L'autorisation ne peut être délivrée ou renouvelée que si le demandeur respecte les seuils d'activité minimale annuelle arrêtés par le ministre chargé de la santé en tenant compte des connaissances disponibles en matière de sécurité et de qualité des pratiques médicales. Ces seuils concernent certaines thérapeutiques ou certaines interventions chirurgicales, éventuellement par appareil anatomique ou par pathologie, déterminées en raison de leur fréquence, ou de la complexité de leur réalisation ou de la prise en charge ultérieure. Ils prennent en compte le nombre d'interventions effectuées ou le nombre de patients traités sur les trois années écoulées. La décision d'autorisation précise les thérapeutiques ou les interventions que pratique le titulaire de l'autorisation par référence à ces seuils d'activité. »

Puis ces conditions²⁵⁴ ont été précisées par l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer auquel est annexé le tableau suivant.

²⁵⁴ Ces conditions sont aisément accessibles sur le site de l'Institut National du Cancer (INCa).

SEUILS D'ACTIVITÉ MINIMALE ANNUELLE

PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE PRÉVUE à l'article R. 6123-87 du code de la santé publique	NATURE DU SEUIL PRÉVUE à l'article R. 6123-89 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins comprise dans l'autorisation
Chirurgie des cancers.	Pathologies mammaires (tumeurs du sein).	Interventions : 30
	Pathologies digestives (tractus digestif, y compris foie, pancréas et voies biliaires).	Interventions : 30
	Pathologies urologiques.	Interventions : 30
	Pathologies thoraciques.	Interventions : 30
	Pathologies gynécologiques.	Interventions : 20
	Pathologies oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales.	Interventions : 20

Source : *Journal officiel 30 mars 2007 texte 68 / 172)*

3.3.3.3 Le dispositif organisé pour la lutte contre le cancer est une référence transposable en tout ou partie à la prise en charge des personnes obèses sévères avec complication ou morbides

[379] Les paragraphes suivants resteront autant que possible dans le registre des constats et, inévitablement, pourront se retrouver en superposition avec certains des présentations de cette annexe ou d'autres annexes. Mais il est nécessaire d'articuler dans des paragraphes contiguës, des observations nouvelles, avec d'autres, présentées ailleurs, pour montrer en quoi, il pourrait être légitime que la situation actuelle évolue ; d'où la présentation, à grands traits, ci-après.

➤ **Plusieurs similitudes peuvent être décrites entre les traitements contre le cancer et ceux pour les personnes obèses**

[380] La comparaison entre personnes touchées par le cancer et personnes obèses morbides (ou sévères compliquées), pourra surprendre, voire choquer. Mais dans les 2 situations, il s'agit de personnes atteintes par une maladie qui serait irréversible sans traitement ; en outre, la lutte contre les cancers a fait de tels progrès au cours des 50 dernières années que les taux de rémissions ont fait des progrès exceptionnels. Ce n'est pas le cas pour la maladie qui frappe les tissus adipeux, fragilise de nombreux organes et dont la morbi-mortalité est péjorative.

[381] Une comparaison de l'incidence et la prévalence de ces deux types de pathologies conduit, également, à noter des similitudes.

[382] Quant aux traitements, dans le domaine du cancer, ils peuvent allier médecine (chimiothérapie), radiothérapie / curiethérapie et chirurgie avec un suivi psychologique. Les traitements, dans le domaine de l'obésité sont fondées, quant à eux, sur de l'exercice physique, des prescriptions dans le domaine de la nutrition et de la chirurgie, avec un suivi psychologique. De même se retrouvent des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui sont imposées (cancer) ou recommandées (obésité)

[383] Dans les deux cas, des parcours de soins sont indispensables, après des phases thérapeutiques intensives et, chaque fois, une articulation entre des établissements spécialisés et d'autres établissements de santé et avec des professionnels « de ville » est reconnue comme nécessaire.

➤ **Mais les moyens de s'assurer de la qualité de la prise en charge des personnes obèses sont très nettement plus faibles**

[384] Comme indiqué au paragraphe 3.3.3.1 sur les autorisations, il n'y a pas de spécificité reconnue pour les traitements aux personnes obèses ; ainsi la chirurgie bariatrique fait partie de la chirurgie viscérale et digestive sans qu'aucune disposition réglementaire particulière ne précise ni ses conditions d'implantation ni ses conditions techniques de fonctionnement.

[385] D'autres pathologies sont dans un cas semblable, mais cette circonstance ne peut suffire pour bloquer toute initiative pour les traitements contre l'obésité. En effet, l'obésité est une pathologie grave, très handicapante (avec des effets négatifs très forts en termes de qualité de vie) et nécessite une évolution rapide des pratiques, grâce à la réglementation

3.3.4 Les Plans d'action pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) sont un appui aux actions d'accompagnement

[386] Les Plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) sont un outil récent et qui devrait permettre une impulsion coordonnée, en région, en direction des établissements de santé, notamment dans le domaine de la chirurgie bariatrique. Ces PAPRAPS pourraient être perçus comme ayant un rôle essentiellement formel, mais leur construction et leur publication n'en paraissent pas moins efficaces.

3.3.4.1 La création de PAPRAPS est récente

[387] Les PAPRAPS ont été ajoutés à l'article L. 162-30-4 du CSS, par l'article 58 de la LFSS pour 2015 (loi du 22 décembre 2014) qui a, par ailleurs, institué les MASP.

[388] Ce même article L. 162-30-4 du CSS affirmait (entre autres, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017) 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) mentionnés à l'article L. 182-2-1-1 (CSS).

... précise également 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 définie à l'article L. 162-1-17 (CSS). »

[389] Mais il a fallu attendre le décret du 19 novembre 2015²⁵⁵ pour que soient explicités le contenu du PAPRAPS²⁵⁶, ses modalités d'élaboration et d'évaluation ainsi que le rôle de l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins où siègent des professionnels de santé, des représentants des usagers et des fédérations hospitalières.

Malgré ces conditions de création « sous pression du temps », toutes les régions ont produit un PAPRAPS car les ARS ont pu s'appuyer à la fois sur des cadres de travail fixés au niveau national ainsi que sur des travaux déjà réalisés au niveau régional, dans une perspective proche.

²⁵⁵ Décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé

²⁵⁶ Ainsi d'ailleurs que celui du contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins

3.3.4.2 Le choix d'inclure la CB parmi les thèmes retenus dans les PAPRAPS est judicieux

[390] La CB figure dans la liste établie en 2014 par un « groupe technique » national²⁵⁷ de 33 thématiques prioritaires, du point de vue de la pertinence des actes, à partir notamment des critères de volume d'activité important (supérieur à 20 000 séjours par an) ; de la dynamique d'activité sur la période 2010/2014 et de variations régionales importantes en termes de taux de recours.

[391] Cette première approche pour effectuer des choix a été soutenue par la production et la diffusion par la DGOS de son *Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins* (décembre 2012) en 2012.

[392] En 2015, les ARS sont donc relativement bien préparées pour élaborer leur PAPRAPS, ce qu'elles font toutes au cours de l'année 2016, mais de façon plus ou moins détaillée. Et, la chirurgie bariatrique étant un des thèmes bien identifiés et ciblés dans le cadre des MSAP depuis 2013, est assez logiquement retenue dans les plans d'action de presque toutes les ARS²⁵⁸.

[393] Or l'efficacité des PAPRAPS, documents de quelques dizaines de pages, apparaît plus grande qu'il y paraît, sous trois angles :

- La co-construction d'un document par l'ARS en relation avec l'assurance maladie, ainsi qu'avec les autres membres de l'instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS²⁵⁹) : représentants des fédérations hospitalières, des professionnels de santé et des usagers. Certes ce PAPRAPS est un document d'orientation, mais ces orientations sont opérationnelles et largement tournées vers la mise en œuvre d'actions qualifiées « d'accompagnement » en reprenant un vocabulaire « ad hoc »²⁶⁰ ;
- Une construction à valeur pédagogique, car les PAPRAS s'appuient et reprennent largement des analyses et modalités d'action développées au niveau national ; ce qui leur permet de bénéficier de leur force logique et de leur origine nationale pour interpeler des acteurs de terrain dont les « atypies » sont mis en lumière ;
- Un document opérationnel avec un suivi biannuel articulé avec le projet régional de santé (PRS), dont la vocation est stratégique, et le programme régional de gestion du risque (PRGDR).

[394] Ces qualités des PAPRAPS se retrouvent au service de l'amélioration de la pertinence des opérations de CB.

²⁵⁷ Ce groupe réunit, depuis 2011, des responsables de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la Cnamts, ainsi que de la HAS et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

²⁵⁸ Ainsi le PAPRAPS des Pays de la Loire et celui de Martinique énoncent des priorités et n'évoquent qu'à peine la chirurgie bariatrique ; ces ARS, en fonction de leurs constats et de leur stratégie, effectuent des choix. Dans le cas des PAPRAPS de 2 régions métropolitaines et de 2 ARS ultramarines, il n'est pas certain que l'abondance des constats et des précisions sur modalités d'action, reprises sur des documents nationaux garantissent la vigueur de la mise en œuvre.

²⁵⁹ Art. R. 162-44-1.-CSS : Une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Elle concourt à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

²⁶⁰ Voir le deuxième alinéa de l'art. R. 162-30-4.-CSS qui institue les PAPRAPS : « Le plan d'actions précise (...) les établissements de santé faisant l'objet du contrat d'amélioration de la pertinence des soins ... »

3.3.5 La capacité d'action des ARS au travers le financement de l'ETP, des réseaux ou des PTA reste faible

[395] La création du fonds d'intervention régional (FIR) par la LFSS pour 2012 a, en cohérence avec la loi HPST, renforcé les ARS qui devenaient délégataires d'une enveloppe unique, là où précédemment, ces crédits ressortaient de 10 origines différentes²⁶¹. Pour autant, les ARS étaient en 2012, guidées dans l'emploi de ces fonds délégués, par la LFSS pour 2012 qui précisait 8 domaines d'action pour le FIR. La LFSS pour 2015 a regroupé ces 8 domaines en 5 missions dont les énoncés, présentés ci-après, n'ont pas connu de changement avec la loi du 26 janvier 2016 :

Les 5 missions du FIR depuis la LFSS pour 2015 :

- 1° la promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- 2° l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- 3° la permanence des soins à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- 4° l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- 5° le développement de la démocratie sanitaire.

[396] Chaque année, une circulaire ministérielle précise les actions et spécialement les actions « nouvelles » qui ressortent d'un financement par le FIR en bénéficiant de crédits ad hoc. Ainsi la circulaire pour 2017 mentionne, pour la mission 2 (*organisation et promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale*), 12 actions (*transverses ou ciblées sur certaines populations ou types de problèmes de santé*), dont :

- Communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins
- Services numériques d'appui à la coordination (SNACs) ;
- Dispositifs de consultations dédiées aux personnes handicapées ;
- Renforcement des maisons des adolescents ;
- Expérimentation douleurs chroniques (article 94 LFSS 2017) ;
- Télémédecine ;
- Actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge de l'offre médico-sociale (avec la précision que les dispositifs MAIA bénéficient d'un financement 94,6 millions d'euros) ;
- PAERPA (*personnes âgées en risque de perte d'autonomie*).

²⁶¹ Voir par exemple, p. 8 de la circulaire du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Les actions au titre de la mission 1 (promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie) concernent surtout des populations :

Préfiguration du dépistage du cancer du col de l'utérus
Expérimentations prévues à l'article 92 de la loi de modernisation de notre système de santé (<i>expérimentation (...) de projets pour l'accompagnement à l'autonomie en santé de personnes souffrant d'une maladie chronique</i>)
Mesure 5 du PMND (<i>plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019</i>)
Lutte contre le VIH et des hépatites virales
Organisation de la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes
Stratégie de santé outre-mer
Pôles régionaux de compétence en éducation pour la santé (PRC)

[397] Ce bref aperçu du FIR montre la difficulté d'apprécier effectivement l'effort consacré via le FIR aux réponses apportées aux problèmes de l'obésité. Cependant (voir tableau ci-après), il est possible d'observer une stagnation, voire une régression de ressources totales du FIR

Tableau 25 : 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 (au niveau national)	non comparables avec les années suivantes	3 300	3 400	3 2780	3 345	3 415
FIR exécuté		3 170	3 252	3 239	3 244	nd
ONDAM voté	167 100	171 100	175 400	178 300	182 300	185 200
FIR voté/ONDAM voté	n. c.	1,92 %	1,94 %	1,85 %	1,83 %	1,84 %

Source : IGAS 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 ; rapports annuels du FIR

[398] Cette stagnation est même plus nette qu'il n'y paraît au vu du % des ressources du FIR vis-à-vis de l'ONDAM²⁶², car elle peut se trouver en partie masquée par des transferts de charges²⁶³

[399] En ce qui concerne l'obésité, une brève mention est faite au projet OBEPEDIA dans la circulaire 2017, mais le montant des crédits dédiés est très faible et ces crédits pourraient ne pas être mobilisés avant 2018. Plus généralement, c'est l'ensemble de la lutte contre l'obésité qui apparaît très peu prise en compte par le FIR, au vu de ses rapports annuels 2015 et 2016²⁶⁴. En revanche, l'effort apporté par le FIR à d'autres problématiques de santé identifiées est sans commune mesure (voir tableau ci-après). La lutte contre l'obésité apparaît comme « destination » de 3,5M€, dans un total de 479 M€ pour l'ensemble des actions de la mission 1.

²⁶² « 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 %. » 4ème paragraphe de la p. 15 de l'annexe 7 du PLFSS pour 2018

²⁶³ « ... la réorganisation du dépistage néonatal (...) 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 (...) » ibid, p. 13

²⁶⁴ Et peut-être plus encore pour les années précédentes dont les rapports annuels ne faisaient pas apparaître de tableaux de données aussi précis (selon la précédente nomenclature des missions)

Tableau 26 : Crédits FIR pour quelques « destinations » des missions 1 et 2 en 2015 et 2016

Crédits en en K€	2015	2016
total FIR (crédits délégués aux ARS)	3 239 089	3 243 984
<i>Total mission 1</i>	<i>439 636</i>	<i>479 150</i>
Lutte contre l'obésité		3 532
Promotion de la nutrition santé hors lutte contre l'obésité	13 510	9 979
Cancers : structures de gestion des dépistages organisés + autres activités	38 489	38 489
SIDA, VIH, IST et hépatites (CeGIDD en 2016)	98 029	98 029
Education thérapeutique du patient (ETP) et accompagnement des patients	82 861	83 863
Promotion de la santé des populations en difficulté	24 224	24 224
<i>Total mission 2</i>	<i>757 144</i>	<i>833 284</i>
Filières AVC		3 700
Pratiques des soins en cancérologie	71 685	87 958
Psychologues et assistants sociaux hors plan cancer	20 796	22 835
Equipes mobiles de gériatrie	79 337	81 796

Source : IGAS à partir des rapports d'activité annuels du FIR

[400] Dès lors, une bonne compréhension de la réalité de l'apport du FIR à des dispositifs engagés dans la lutte contre l'obésité, qu'ils soient destinés à une population ou qu'ils soient transverses, passe par les affirmations des responsables des ARS, dans leurs réponses aux questionnaires et lors des rencontres avec eux. Celles-ci fournissent un éclairage assez net et inquiétant :

- Globalement une stagnation du niveau du FIR alors qu'il est notamment destiné à financer des actions correspondant aux orientations de la stratégie nationale de santé²⁶⁵ : lien ville hôpital, parcours de santé, appui aux professionnels exerçant en ambulatoire, lutte contre les inégalités territoriales, ...
- Restrictions conduisant à des désengagements ou à de l'attentisme afin d'éviter un « piège financier » : des regroupements de réseaux sur une base territoriale sont organisés avec l'abandon de champs d'intervention, notamment dans les domaines où la subvention de l'ARS permettait de rémunérer des professionnels non remboursés par la sécurité sociale ; des projets ne sont pas l'objet d'une « ingénierie » par crainte de dépenser de l'argent sans « retour d'investissement »²⁶⁶ ;
- Prudence vis-à-vis de l'ETP, qui est certes une voie pertinente pour apporter des réponses aux personnes, mais le « basculement » d'un financement par l'ARS pour des actions spécifiées vers un financement par des actions d'ETP (en phase avec la politique affichée par une ARS), peut aussi se heurter à l'existence « d'enveloppes » internes à celle-ci et conduire des organismes à ne pas se porter candidat à des ressources issues de l'ETP. En effet, celle-ci s'est trouvée « victime de son succès » selon l'expression d'une responsable d'ARS ; et celle-ci ajoutait, pour bien se faire comprendre lors de notre rencontre avec elle en juin : « nous ne pourrions plus agréer de programme d'ETP à partir de septembre car nous n'aurons plus d'argent pour les financer ».

²⁶⁵ 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

²⁶⁶ Cette prudence a tendance à se développer chez les responsables qui ont investi sur des projets en appel d'offres auxquels ils ont été invités à participer mais pour lesquels ils n'ont pas été choisis

[401] Les réseaux de santé qui prenaient en charge des personnes obèses, semblent être victimes des réorientations vers une approche territoriale avec la création de plateforme territoriale d'appui (PTA). Certes, fournir aux médecins traitants, notamment, des soutiens « lisibles » pour apporter des réponses efficaces par une gestion coordonnée apparaît efficace. Mais la construction des nouvelles organisations bouscule des organisations existantes qui pouvaient faire appel à la mobilisation de professionnels. L'engagement bénévole de ces professionnels est en outre déstabilisé par l'arrêt des financements pour l'emploi de diététiciens ou de psychologues.

[402] Tous les réseaux ne sont pas concernés de la même façon, ainsi les réseaux de santé pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité pédiatrique (RePPOP) forts de leur cadre de travail reconnu et qui bénéficient d'une forte notoriété. Mais les réponses aux questionnaires de l'IGAS montrent un nombre relativement faible de réseaux disponibles pour les personnes obèses sévères ou morbides. Dans certains départements, plusieurs réseaux sont disponibles, mais avec une zone d'intervention qui ne couvre pas l'intégralité du territoire départemental ; et, dans un quart des départements métropolitains, aucun réseau n'intervient pour les personnes obèses morbides.

Ces observations sont préoccupantes, mais elles doivent être considérées avec le développement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) et des centres de santé (CS) qui sont invités à émarger aussi au FIR²⁶⁷.

²⁶⁷ on pourra se reporter à l'observatoire des recompositions, issu de plusieurs sources dont l'article 17 de la loi du 11 août 2011 (dite HPST 2), une instruction du 29 mars 2012 (sur l'observatoire des maisons de santé pluridisciplinaire), une instruction du 28 mai 2013 (sur un observatoire des groupements de coopération sanitaire et un observatoire des communautés hospitalières de territoire) et qui devrait aussi rassembler des informations sur les centres de santé, les réseaux de santé, ... et peut-être devenir aussi un observatoire de la télémédecine.

ANNEXE 4

LES CENTRES SPECIALISES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE (CSO)

1	INSTAURES PAR LE PLAN OBESITE EN 2012, LES CSO CONSTITUENT UN DISPOSITIF NECESSAIRE, STRUCTURANT ET AMBITIEUX	153
1.1	La création des CSO/CIO par le PO s'inscrit dans une approche globale - et non spécifiquement chirurgicale - d'amélioration de la prise en charge et de l'offre de soins aux personnes obèses.....	153
1.2	Les missions des CSO/CIO ont été définies par l'instruction ministérielle du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS 3 et du PO par les ARS.....	155
1.2.1	Cette instruction fixe les compétences, missions et modalités d'organisation des CSO ainsi que le processus à mettre en œuvre pour les identifier.....	155
1.2.2	Cette instruction vise à faire des CSO/CIO des structures capables d'assurer une prise en charge complète, exemplaire et territorialisée des personnes obèses.....	158
2	LES CSO ONT REUSSI A FAIRE FACE A UNE FORTE CROISSANCE D'ACTIVITE TOUT EN OFFRANT A LEURS PATIENTS UNE MEILLEURE QUALITE DE PRISE EN CHARGE.....	164
2.1	En 2014, la montée en charge des CSO apparaissait à la fois bien lancée et fragile.....	164
2.2	L'activité médicale des CSO, en hausse, s'est développée aussi bien au profit des adultes que des enfants	166
2.3	L'activité chirurgicale des CSO, en augmentation constante depuis 2012, est restée maîtrisée..	167
2.3.1	La CB a globalement augmenté de plus d'un quart dans l'ensemble des CSO depuis 2012, avec de fortes variations d'une région à l'autre.....	168
2.3.2	Les interventions de CB réalisées par les CSO ont augmenté de façon variable d'un CSO et d'une région à l'autre, mais sans augmentation de leurs « parts de marché »	170
2.4	Les CSO assurent une meilleure qualité de la prise en charge des personnes obèses que les ES non CSO	175
2.4.1	Dans les CSO visités par la mission, la prise en charge des personnes obèses est assurée par référence aux standards de qualité de la HAS.....	175
2.4.2	Les CSO assurent une prise en charge préopératoire de meilleure qualité	175
2.4.3	Les CSO assurent une prise en charge générale de meilleure qualité.....	177
2.4.4	Les personnes opérées dans les CSO sont dans une situation d'obésité plus grave que celles qui sont opérées dans les établissements non CSO.....	179
2.5	Les CSO remplissent leurs missions dans un cadre concurrentiel.....	180

2.5.1	La prise en charge des obèses sévères / complexes est assurée par l'ensemble des ES pratiquant la CB, sans que les CSO en aient l'exclusivité	180
2.5.2	Les données disponibles ne permettent pas de savoir si les CSO accueillent plus de patients en situation de vulnérabilité économique ou sociale que les autres établissements	182
2.5.3	Les CSO publics réalisent près des trois quarts des interventions de chirurgie bariatrique pratiquées dans les CSO.....	183
3	LES CSO CONSTITUENT UN DISPOSITIF PEU VISIBLE ET INSUFFISAMMENT FINANCE ET SOUTENU, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE REGIONAL.....	184
3.1	Les CSO n'ont pas le financement ni le soutien nécessaire pour assurer leurs deux missions principales de coordination des soins et d'animation territoriale	184
3.1.1	Les ressources des CSO sont aléatoires et leur ordre de grandeur au niveau national semble faible au regard des enjeux	184
3.1.2	Les CSO ne parviennent pas à remplir l'intégralité de leurs missions	187
3.1.3	Les CSO ne sont pas tous visibles faute d'un soutien suffisant de la part des ARS, et manquent souvent de moyens pour remplir leurs missions de communication et de formation	189
3.2	L'État et les ARS ne jouent pas pleinement leur rôle dans le pilotage national et régional des CSO	190
3.2.1	L'observatoire des CSO commun aux niveaux national et régional créé en 2013 n'est pas assez réactif	190
3.2.2	Au niveau national, la DGOS a délégué de fait le pilotage des CSO au Groupe Coordination des CSO (GCC CSO).....	193
3.2.3	Au niveau régional, les ARS s'impliquent de façon inégale dans la supervision et dans la promotion des CSO	197
4	LES CSO VOIENT LEUR ACTION ENTRAVEE ET LEUR VISIBILITE AMOINDRIE PAR DES PROBLEMES DE STATUT ET D'ORGANISATION INTERNE	201
4.1	Le processus d'identification des CSO/CIO a abouti en 2012 à la désignation mal assumée de 37 CSO répartis différemment de ce que prévoyait la carte des besoins.....	201
4.2	L'imprécision du statut des CSO et l'instabilité de leur architecture gênent fortement l'exercice de leur mission de coordination	203
4.3	L'ambivalence sur l'organisation interne des CSO, liée notamment à la nature et la portée de leurs partenariats, entrave leur action et aggrave leur manque de visibilité	206
4.4	L'absence de territorialisation des CSO nuit à leur action et dessert aussi leur visibilité.....	209
5	L'EVALUATION PREVUE DES CSO N'A PAS ETE REALISEE ALORS QUE LES CHOIX FAITS EN 2012 INTERROGENT AUJOURD'HUI	211
5.1	L'évaluation des CSO à trois ans prévue par l'instruction de juillet 2011 n'a pas été réalisée.....	211
5.2	Les critères de choix et la carte des CSO apparaissent aujourd'hui datés.....	211

1 INSTAURES PAR LE PLAN OBESITE EN 2012, LES CSO CONSTITUENT UN DISPOSITIF NECESSAIRE, STRUCTURANT ET AMBITIEUX

1.1 La création des CSO/CIO par le PO s'inscrit dans une approche globale - et non spécifiquement chirurgicale - d'amélioration de la prise en charge et de l'offre de soins aux personnes obèses

[403] Présenté en Conseil des ministres du 20 juillet 2011 en même temps que le Programme National Nutrition Santé (PNNS), le Plan Obésité 2010 – 2013 (PO)²⁶⁸ a créé les CSO (cf. annexe 1 au présent rapport).

[404] Avec au total 23 mesures et 36 actions, le PO était destiné à couvrir les quatre dimensions de la lutte contre l'obésité : soins (axe 1), prévention (axe 2), lutte contre les discriminations (axe 3) et recherche (axe 4). Dans cet ensemble, 11 mesures – rédigées chacune sous la forme d'un objectif - et 15 actions étaient plus particulièrement centrées sur la prise en charge médicale de l'obésité et sur l'offre de soins liée à cette maladie²⁶⁹.

[405] L'axe 1 du PO (« *Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte* ») témoigne d'une volonté d'organisation, d'accessibilité et de gradation des soins aux personnes obèses qui va très au-delà de la seule prise en charge chirurgicale : « *L'ambition est de mettre en place sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins. La cohérence de la gradation des soins sera confortée (du médecin traitant au spécialiste, à l'accueil en établissement de santé et de soins de suite et de réadaptation), incluant les dimensions préventives et sociales. C'est une condition sine qua non pour développer le dépistage qui, sans aval, n'aurait pas de pertinence.* »

[406] Arrivé à son terme en juin 2013, le PO n'a pas eu de successeur ce qui s'expliquerait, selon certains responsables auditionnés par la mission, par le fait qu'il a réussi à donner l'impulsion qui a permis d'inscrire durablement la prise en charge de l'obésité parmi les politiques de soins des établissements de santé. Les CSO apparaissent rétrospectivement comme un facteur clef de cette prise en charge.

[407] Parmi les 15 actions du PO centrées sur la prise en charge médicale de l'obésité et sur l'offre de soins liée à cette maladie, c'est l'action n°4 (« *Identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions* ») qui concerne les CSO dont la création est présentée comme répondant à un objectif plus général : « *structurer l'offre spécialisée au niveau régional et infra régional* » (mesure n° 1-2).

[408] La lecture des attendus de l'action n°4 tels qu'ils figurent dans le texte du PO fait clairement apparaître que les CSO ont d'emblée été conçus comme des dispositifs destinés à contribuer à la modification et à la rénovation du cadre général - notamment organisationnel - dans lequel s'inscrivait alors la prise en charge médicale de l'obésité. Après avoir indiqué que « *la lisibilité, l'accessibilité et la qualité de l'offre de soins doivent être améliorées* » et que « *Le rôle des*

²⁶⁸ Le PO a alors été placé sous la présidence du Professeur Arnaud Basdevant.

²⁶⁹ Actions n°1 à 14 + action n°25 (identification des unités d'accueil en SSR pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares), en caractères gras dans l'annexe 1. Dans le plan proprement dit comme dans le bilan établi par le Pr. A. Basdevant en mai 2013, l'action 25 est rattachée à l'axe « lutter contre les discriminations dans le système de soins ».

médecins spécialistes, intervenant en médecine ambulatoire doit être mieux identifié au sein de la chaîne de soins », la mesure n°1-2 et l'action n°4 (unique action que compte cette mesure) affirment ainsi la nécessité :

- de « définir les missions du recours spécialisé en veillant notamment à l'articulation entre spécialistes ambulatoires et centres spécialisés » ;
- de prévoir une « organisation territoriale (qui) permettra de faciliter les interactions entre les professionnels, notamment les médecins traitants, médecins spécialistes et centres spécialisés » et « de renforcer la gradation des soins dans une démarche d'organisation territoriale sous l'autorité des ARS ».

[409] La complémentarité entre cette mesure / action n° 4 et plusieurs des autres actions suivantes du PO liées à l'offre de soins apparaît alors plus nettement :

- faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant via l'élaboration et la diffusion de recommandations de bonnes pratiques et l'adoption de dispositions conventionnelles entre les professions de santé et l'assurance maladie (Mesure 1-1 / actions 1 à 3) ;
- promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval (mesure 1-3 / action 5) ;
- reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité en s'appuyant sur un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique (mesure 1-4 / action 6) ;
- établir un diagnostic territorial des besoins pour la prise en charge de l'obésité et développer les coordinations territoriales (mesure 1-5 : actions 7 et 8) ;
- organiser l'offre de soins pour les personnes atteintes d'obésité associée aux maladies rares et pour les personnes atteintes de handicap mental, et aider les familles (mesure 3-2 / action 25) ;
- améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation (mesure 1-6 / action 9) ;
- assurer le transport sanitaire bariatrique (mesure 1-7 / action 10).

[410] Les termes de chirurgie bariatrique ne sont pas cités dans l'action n°4 du PO²⁷⁰ qui reste très vague quant aux missions et aux compétences des futurs CSO dont on peut simplement lire qu'ils seront chargés d'assurer « la prise en charge des patients atteints d'obésité sévère et l'organisation d'une filière régionale de soins » (cf. titre de l'action n°4). Pour le détail des missions des CSO, le PO se contente de renvoyer à un cahier des charges à venir et de souligner la nécessité de les évaluer :

- un cahier des charges national sera élaboré « pour identifier les centres spécialisés et les centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère et multi compliquée » à l'issue d'un « appel à projet des ARS » ;
- « les critères d'évaluation et de fonctionnement de ces centres » devront être définis.

[411] Sur le site du ministère de la santé, le volet « soins » du plan obésité est présenté dans des termes dont la chirurgie bariatrique est absente, qui n'évoquent les CSO que pour les qualifier de « mesure structurante » et dont les mots clés dans le domaine de l'organisation et de l'offre des soins sont : « *filières de soins* », « *gradation des soins* », « *coordinations territoriales* » et

²⁷⁰ Le PO ne traite de la chirurgie bariatrique que dans le cadre de la problématique de la pertinence des pratiques (mesure 1-9 / action 12).

« *coordination des soins* », « *parcours* », « *équipements* », « *éducation thérapeutique* », « *soins de suite et de réadaptation* ».

Copie de la page « soins » du plan obésité sur le site du ministère de la santé (fin avril 2017) :

« Le volet offre de soins du plan obésité, piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), a pour ambition d'être structurant dans la prise en charge des personnes obèses, y compris les cas les plus graves, et doit permettre non seulement de faire face à ses conséquences médicales mais également, d'enrayer la progression de la maladie et de réduire l'exclusion sociale et la stigmatisation professionnelle dont elles sont victimes.

Sous l'égide des ARS, cet objectif passe avant tout par l'organisation des filières de soins, des coordinations territoriales, et par l'adaptation des équipements dans un but d'accessibilité, de lisibilité et de gradation des soins incluant à sa juste place, le médecin traitant, le spécialiste libéral ou non, les établissements de santé, qu'ils assurent une activité médicale, chirurgicale, ou de soins de suite et de réadaptation. Les rôles de la coordination des soins et de l'éducation thérapeutique du patient sont singulièrement mis en avant pour décroiser les parcours et permettre aux patients de devenir acteurs de leur propre santé.

Si la création des **centres spécialisés** peut être considérée comme la mesure la plus structurante pour l'offre de soins, elle s'appuie sur d'autres mesures qui en sont une déclinaison dans des champs spécifiques, notamment pour les établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation, et pour l'organisation du transport bariatrique »

1.2 Les missions des CSO/CIO ont été définies par l'instruction ministérielle du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS 3 et du PO par les ARS

1.2.1 Cette instruction fixe les compétences, missions et modalités d'organisation des CSO ainsi que le processus à mettre en œuvre pour les identifier

[412] Parue quelques jours après l'officialisation du plan obésité, l'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) est un texte « à tiroirs » dont l'appropriation n'est pas aisée.

[413] Cette instruction comprend tout d'abord un corps de texte de 5 pages qui rappelle le contexte et les objectifs du PNNS et du PO et qui liste les actions que doivent mettre en œuvre les ARS - « *acteurs clé de la mise en œuvre du PNNS et du PO* » - au titre du volet offre de soins du PO. Deux de ces actions mentionnent explicitement les CSO²⁷¹ :

²⁷¹ Les trois autres actions sont : 1/ assurer le transport sanitaire bariatrique nécessaire à la prise en charge de patients obèses en toutes circonstances et dans des conditions ergonomiques et sécurisées et sur la base d'un référentiel technique, organisationnel et médico-économique national ; 2/reconnaître des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité sur la base d'un référentiel de compétences intégrant la dimension psychologique, diététique et d'activité physique ; 3/ développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité sur la base d'un cahier des charges national destiné à établir un diagnostic territorial des besoins et à structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité puis le déploiement des réseaux et de la coordination des soins.

- un « appel à projet national » est lancé pour structurer l'offre spécialisée aux niveaux régional et infrarégional en identifiant des centres spécialisés pour la prise en charge de l'obésité sévère et pour organiser la filière de soins en région (action 4 du PO) ;
- l'amélioration de l'accueil en soins de suite et de réadaptation passe par le désignation d'un SSR par région équipé pour recevoir les patients obèses sévères en lien avec le ou les centres spécialisés de la région, sur la base d'un référentiel professionnel des indications justifiant une prise en charge de l'obésité sévère et/ou compliquée en SSR et les conditions permettant cette prise en charge de façon appropriée, ainsi que de conventions types centre spécialisé - SSR.

L'instruction prévoit également ses conditions d'application outre-mer : l'objectif est de coordonner les stratégies entre les territoires, d'impliquer les différents ministères concernés ainsi que les autres services déconcentrés (DAAF, DJSCS) et les associations. Les ARS ultramarines doivent décliner et mettre en œuvre les PNNS et PO dans leurs projets et programmes régionaux (un guide méthodologique spécifique est prévu à cet effet).

A ce corps de texte est annexé un second texte baptisé lui aussi instruction (« *instruction pour l'identification des centres spécialisés et des centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée, organisation des filières de prise en charge dans les régions* ») qui comprend un préambule et 3 « PJ ».

Le préambule (une page et demi) :

- rappelle les principes figurant dans l'axe 1 du PO et fournit quelques premiers éléments d'informations complémentaires sur les deux missions que l'État veut voir les futurs CSO remplir :
 - « *prendre en charge l'obésité sévère et promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire* »²⁷² ;
 - « *contribuer à organiser la filière dans chaque région, rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire.* ».
- précise la méthode et le calendrier à mettre en œuvre par chaque ARS pour sélectionner, sur la base d'un appel à projet, les établissements qui accueilleront les centres spécialisés et le (ou les) centre(s) intégré(s) de sa région ;

La « PJ n°1 » est constituée d'un cahier des charges des centres spécialisés et des centres intégrés qui, après avoir rappelé les objectifs de chacun de ces centres et la méthode applicable par les ARS pour les « identifier », détaille leurs missions, leurs modalités d'organisation, les compétences qu'ils doivent réunir et les équipements dont ils doivent disposer. Le contenu de ce double cahier des charges s'appuie sur les recommandations afférentes de la HAS.

La « PJ n°2 » est une note relative à la prise en charge des enfants et des adolescents dont le contenu est également directement inspiré des recommandations afférentes de la HAS.

Enfin, la « PJ n°3 » fixe le nombre et la répartition régionale des 37 CSO (métropole et outre-mer) établie sur la base de critères démographiques (de 1 à 4 CSO par région en fonction de la prévalence de l'obésité), le seuil de référence étant de 400 000 personnes obèses pour un CSO.

²⁷² La mission observe à ce stade que la rédaction de ce membre de phrase est ambiguë dans la mesure où il peut être interprété comme signifiant que les obèses sévères doivent nécessairement être pris en charge par un CSO.

L'architecture interne modulable des CSO/CIO leur impose d'offrir un éventail de compétences médicales, chirurgicales et soignantes qui s'appuient sur des filières de prise en charge

[414] Le cahier des charges indique que deux modèles d'architecture de CSO sont possibles :

- le modèle mono-établissement (« soit au sein d'un seul établissement,...) dans lequel la prise en charge de l'ensemble des dimensions de la maladie est assurée dans un seul et même ES ;
- le modèle poly-établissements avec un « chef de file » ou établissement coordonnateur désigné (... *par coopération établie par convention entre plusieurs établissements (dans une limite géographique permettant un travail quotidien entre les équipes)*) constitués « *par exemple en groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyen pour mettre en commun les moyens, constituer des équipes communes* ». Dans cette configuration, l'instruction précise qu'au « *sein du centre spécialisé, la coopération est formalisée par des procédures de prise en charge entre les différentes unités du centre, conformes aux recommandations de bonnes pratiques définies par la HAS* ».

[415] L'instruction indique donc que le modèle poly-établissements nécessite un établissement chef de file et coordonnateur qui, en plus de ses propres activités de soins, doit passer des conventions avec les autres établissements partenaires (éventuellement regroupés dans un GCS de moyens) et/ou d'autres « services internes » afin de fixer les procédures de prise en charge inter-établissements et/ou interservices.

[416] Ce modèle poly-établissements vise donc, sous l'appellation de « partenariats », à agréger autour d'un ES coordonnateur des services et des compétences à la fois externes et internes. Ce faisant, il présente l'inconvénient de mettre sur le même plan des « partenaires » de nature et de poids très différents dans la prise en charge puisque :

- la médecine (nutrition, endocrinologie, psychiatrie) et la chirurgie (chirurgien et équipe chirurgicale, réanimation, bloc et plateau technique...) sont des activités strictement hospitalières qui conditionnent l'existence même du CSO et sa capacité à se positionner sur le recours de troisième niveau ;
- les autres activités telles que les soins de suite, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et la rééducation (SSR, réseaux de soins, maisons et centres de santé, centres de rééducation...) s'inscrivent dans une logique générale de filière (hospitalière et extrahospitalière) de prise en charge des patients (opérés ou non) qu'il incombe aux CSO de contribuer à développer, pour leurs propres patients et pour ceux présents sur l'ensemble de leur territoire.

[417] Dans la même logique de modèle poly-établissements et d'organisation modulaire, le cahier des charges reste silencieux sur la façon dont un CSO doit ou peut s'organiser en interne, sur quels types (et combien) de services il peut compter. Après avoir indiqué que l'appel à projets est ouvert aux « organisations médicales ayant déjà une expérience de filière adaptée à la prise en charge de ces situations cliniques », il précise toutefois les « *compétences attendues* » d'un CSO et les partenariats techniques qu'il doit nouer :

- trois « équipes » sont nécessaires : une équipe médicale, une équipe soignante (comportant des diététiciens, psychologues, kinésithérapeute ou psychomotricien ou éducateur médico-sportif ayant été formés à la prise en charge de l'obésité) et une équipe chirurgicale soumises à certaines conditions (incluant une compétence en anesthésie-réanimation et réalisant un volume d'activité minimum de 30 interventions) ;

- à défaut de ces compétences ou équipes dans le CSO - ou en complément de celles dont il dispose- le CSO doit nouer des partenariats avec d'autres disciplines : cardiologie, pneumologie, hépato-gastro-entérologie, psychiatrie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, SSR (pour l'accueil des obèses d'un poids supérieur à 135kg), acteurs sociaux et médico-sociaux...

[418] Le cahier des charges précise enfin qu'un CSO a un « responsable » qui est nécessairement un médecin (et donc pas un chirurgien), spécialiste de la nutrition, endocrinologue, diabétologue ou interniste disposant d'une expérience professionnelle de plus de cinq ans dans le domaine de l'obésité.

Les CSO/CIO peuvent être choisis au sein du secteur public comme du secteur privé

[419] Le cahier des charges ne donne aucune indication quant au statut public ou privé des CSO/CIO - ce qui revient à laisser le choix ouvert sur ce point. Si l'énoncé de ces missions apparaît a priori peu discriminant quant au statut public ou privé des CSO (avoir une action territorialisée, promouvoir les liens ville-hôpital ou avec le médico-social), il l'est davantage pour celles des CIO (formation, enseignement – notamment universitaire - et recherche).

[420] Si l'on se réfère à la liste officielle des 37 CSO créés en 2012 :

- 33 CSO sont rattachés à un établissement sous statut public, trois à un établissement sous statut privé à but lucratif²⁷³ et un, que l'on peut qualifier de « mixte »²⁷⁴, est rattaché à deux établissements sous statuts différents ;
- Les 5 CIO sont tous sous statut public.

1.2.2 Cette instruction vise à faire des CSO/CIO des structures capables d'assurer une prise en charge complète, exemplaire et territorialisée des personnes obèses

[421] Le cahier des charges « pour l'identification des centres spécialisés et des centres intégrés pour la prise en charge globale des patients atteints d'obésité sévère ou multicompliquée, organisation des filières de prise en charge dans les régions » fixe très précisément le cadre d'intervention et d'organisation des CSO et des CIO. Plus qu'un simple énoncé des critères de sélection des candidats à la fonction de CSO, il constitue en réalité le référentiel cible de leurs missions et de leur structuration. Ses effets attendus vont bien au-delà des seuls CSO car, sous couvert des conditions à réunir pour candidater à la fonction de CSO, ce cahier des charges :

- décline de façon concrète et opérationnelle, à l'attention de très nombreux acteurs susceptibles d'être concernés dans le système de soins, les modalités d'application des recommandations de bonne pratiques édictées par la HAS en matière de prise en charge de l'obésité ;
- fixe aux CSO – et en creux à l'ensemble des établissements et autres acteurs contribuant à prendre en charge des personnes obèses sévères – des missions et des objectifs qui sont très structurants pour l'ensemble du système de soins, médecine de ville comprise ;
- induit une étroite collaboration entre les ARS et les responsables de CSO en matière d'organisation et de déploiement de l'offre régionale de soins aux personnes obèses.

²⁷³ Centre hospitalier privé Saint-Grégoire en Bretagne, clinique de La Sauvegarde à Lyon et clinique Princess de Pau.

²⁷⁴ Compte tenu du modèle poly-établissements qu'un CSO peut avoir adopté en 2012, un même CSO peut comprendre un ou des établissements sous statuts différents. C'est le cas du CSO Ile-de-France - zone Ouest qui se compose de deux ES, l'un public (hôpital Poissy Saint Germain) et l'autre privé lucratif (clinique de l'Europe).

Les CSO/CIO sont érigés en modèle d'une prise en charge personnalisée, médicale, pluridisciplinaire, graduée et centrée sur le troisième recours

[422] Les CSO répondent à un objectif précis qui est « 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 (...dont les patients bénéficiant de la CMU) ». Ils sont pour ce faire soumis à un certain nombre d'obligations énoncées dans le cahier des charges :

- leurs pratiques « *doivent être conformes aux recommandations de la HAS* » et doivent viser « *la qualité et la sécurité des soins par une approche multidisciplinaire intégrée²⁷⁵ et l'adaptation des équipements* » ;
- leur « *projet médical, centré sur le patient, est celui d'une population et d'un territoire et non d'une structure... (et) tient compte du contexte épidémiologique régional et de l'offre de soins disponible* » ;
- leur reconnaissance en tant que centres « *sera effectuée sur la base d'une approche multi activités de soin, en médecine et en chirurgie et de la contribution à l'organisation de la filière de prise en charge* » ;
- ils doivent proposer une prise en charge « *personnalisée du patient* » qui peut être réalisée en ambulatoire, en hôpital de jour, en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou en hospitalisation à temps plein pour les situations aiguës ;
- leur activité de médecine doit être d'au moins 300 consultations par an de patients dont l'IMC est supérieure à 35 et multicompliquée, et leur activité de chirurgie doit garantir « une expérience de plusieurs techniques d'interventions, réduction gastrique (anneau, manchon), techniques associant une malabsorption intestinale » d'au moins 30 interventions par an sur des patients adultes ;
- les CSO doivent enfin organiser une « *information pertinente et accessible des patients, de leurs proches et des associations de patients* ».

[423] Pour remplir leurs missions, les CSO doivent pouvoir assurer des « *explorations spécialisées* » nécessitant des « *équipements spécifiques adaptés* », en particulier :

- des équipements et locaux (chambres) permettant de prendre en charge et d'héberger des personnes présentant une obésité extrême : équipements médicaux²⁷⁶, tables d'examen et opératoires, appareils de dépistage (ex : syndrome d'apnée du sommeil / SAS) et d'examen (ex : coelioscopie, lits de réanimation avec pesée intégrée)...
- des possibilités d'accès pour ces personnes à des examens ou appareils spécialisés, notamment en matière d'exploration du sommeil, respiratoire, cardiovasculaire, endoscopie digestive, exploration métabolique et nutritionnelle, imagerie IRM et scanner, véhicule de transport sanitaire.

²⁷⁵ Un CSO doit assurer un bilan et une prise en charge nutritionnelle et psychologique incluant le comportement alimentaire. L'équipe multidisciplinaire doit réunir des professionnels (médecins, psychologue ou psychiatre, diététiciens, etc.) pour une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) des situations cliniques complexes.

²⁷⁶ Systèmes de pesée allant jusqu'à 250 kg, brassards de tensiomètres de grande taille, soulèves malades mobiles avec pesée, fauteuils d'accueil, brancards et fauteuils roulants, lits d'hospitalisation, matelas anti-escarres adaptés.

[424] Dans le cadre de leur mission de prise en charge pluridisciplinaire, les CSO se voient attribuer envers les personnes obèses éligibles à la CB de larges compétences médicales, chirurgicales et de coordination. Au titre de leurs compétences médicales, ils doivent ainsi disposer de capacités ou répondre à des critères précis prévus par le cahier des charges :

- équipe pluridisciplinaire réunissant l'ensemble des professionnels (médecins, psychologues ou psychiatres, diététiciens, etc.) nécessaires à une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) des situations cliniques (dont les situations complexes) ;
- bilan et prise en charge nutritionnels (diagnostic étiologique, identification des complications, etc.), évaluation psychologique et du comportement alimentaire ;
- moyens d'explorations spécialisées et équipements adaptés ;
- projet d'éducation thérapeutique (ETP) reconnu ;
- prise en charge possible en ambulatoire, en hôpital de jour, en hospitalisation de courte durée ou à temps plein pour les situations aiguës ;
- accès à une réanimation ;
- l'activité en médecine de l'obésité par établissement de santé et par site doit être d'au moins 300 consultations par an.

[425] Au titre de leurs compétences en matière de chirurgie de l'obésité adulte et en cohérence avec la moindre précision des recommandations de la HAS sur ce champ, les CSO ne doivent en revanche remplir que deux conditions :

- l'équipe chirurgicale doit garantir une expérience de plusieurs techniques d'interventions²⁷⁷ ;
- l'activité de l'équipe chirurgicale doit être d'au moins 30 interventions par an.

[426] Le cahier des charges des CSO leur impose une prise en charge pluridisciplinaire à deux niveaux :

- *« au sein du centre spécialisé, la coopération est formalisée par des procédures de prise en charge entre les différentes unités du centre, conformes aux recommandations de bonnes pratiques définies par la HAS » ;*
- *« les indications opératoires sont prises dans le cadre des réunions de RCP qui suivent une procédure formalisée et réunissent médecins chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, psychologues, psychiatres, diététiciens. La traçabilité est assurée par un compte rendu pour chaque RCP »...*

[427] Les CSO doivent donc organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les dossiers de médecine complexes et les dossiers de chirurgie bariatrique²⁷⁸.

²⁷⁷ Selon l'instruction du 29 juillet 2011 : Réduction gastrique (anneau, manchon) et techniques associant une malabsorption intestinale. La mission observe que « manchon » inclut « sleeve » et que « malabsorption intestinale » inclut gastric by pass et dérivation biliopancréatique.

²⁷⁸ Ces réunions visent à organiser le parcours de soins du patient en prenant en compte les aspects sociaux de sa situation, et à établir un projet formalisé de prise en charge personnalisée destiné à faire le lien entre les différents effecteurs du parcours.

[428] La mission observe qu'en confiant les « *situations les plus complexes* » aux CSO et « *les prises en charge spécialisées et rares* » aux CIO²⁷⁹, l'instruction instaure de fait non pas trois niveaux de recours comme le prévoit le système de gradation des soins prévu par le PO, mais quatre :

- le médecin traitant en premier recours, en lien avec les autres acteurs de proximité (pharmacien, diététicien, kinésithérapeute, psychologue, éducateur en APA, réseau de santé...);
- les médecins spécialistes (ambulatoire spécialisé: spécialistes de la nutrition, endocrinologues, internistes, chirurgiens libéraux) et/ou les structures et établissements de soins non CSO en second recours (niveau de recours infrarégional) ;
- les CSO en troisième recours (prise en charge des situations les plus complexes) ;
- et les CIO en quatrième recours (prises en charge spécialisées et rares assurées au niveau supra régional et/ou national). Les CIO assurent, en sus de leurs missions de CSO, les diagnostics et traitements très spécialisés (génétiques, maladies rares) et sont engagés dans la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation.

Les CSO/CIO ont pour mission de seconder les ARS sur le champ de la prise en charge des personnes obèses selon une répartition des rôles fortement intriquée

[429] Au niveau régional, les fonctions d'animation et de pilotage des CSO vont de pair avec celles qui concernent la mise en œuvre du PNNS et du PO. S'agissant du rôle des ARS et de leurs relations « descendantes » envers les CSO, l'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) liste précisément ce qui est attendu d'elles. Les ARS ont ainsi pour mission de mettre en œuvre les actions des PNNS/PO en région, en particulier les actions relatives à l'offre de soins :

- identification des futurs CSO (en amont de l'appel à projet national) capables d'assurer la prise en charge de l'obésité sévère et d'organiser la filière de soins en région ;
- supervision des CSO dans leurs missions, notamment celles visant à organiser la filière « de façon à optimiser les organisations, faciliter la diffusion des compétences au sein des territoires de santé, promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels. », à mettre en place une coordination avec la médecine de ville, les réseaux (ETP, REPPPOP...), les associations, les acteurs du champ social et médico-social, les établissements de santé prenant en charge des patients obèses (MCO, SSR et USLD)²⁸⁰...
- organisation du transport sanitaire bariatrique ;
- reconnaissance des équipes spécialisées en éducation thérapeutique dans le domaine de l'obésité ;
- développement des coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité (sur la base d'un cahier des charges national) destinées à établir un diagnostic territorial des besoins et à déployer des réseaux et la coordination des soins ;

²⁷⁹ Rappelons que les CIO sont eux-mêmes des CSO à compétences élargies.

²⁸⁰ L'instruction de juillet 2011 prévoit que les CSO et les CIO transmettent annuellement à l'ARS un rapport d'activité sur la base d'indicateurs portant essentiellement sur l'activité et le développement des coopérations entre professionnels pour les centres spécialisés. Pour les centres intégrés, ces indicateurs doivent être complétés par l'évaluation de la recherche et de la formation. La mission, qui a consulté les rapports d'activité de plusieurs CSO, a pu observer qu'ils n'étaient pas homogènes dans leur forme et donc difficilement consolidables.

- amélioration de l'accueil en soins de suite et de réadaptation en désignant un SSR par région et en permettant son équipement dans le but de recevoir les patients obèses sévères obligatoirement en lien avec le ou les CSO de la région.

[430] Pour conduire leurs missions de prévention et de prise en charge de l'obésité - et donc de supervision des CSO - les ARS sont invitées par l'instruction DGOS de juillet 2011 à désigner en leur sein des « correspondants PNNS/PO » chargés d'assurer une véritable fonction transversale de chef de projet obésité : animer la déclinaison du PNNS et du PO à l'échelon régional, mobiliser et coordonner les acteurs régionaux, et développer des partenariats (écoles, entreprises, collectivités territoriales, services déconcentrés de l'État, associations...).

[431] Pour sa part, le cahier des charges des CSO prévoit plus ou moins explicitement que les ARS doivent jouer un rôle actif à leur égard :

- elles doivent favoriser la coordination entre CSO et entre CSO et CIO, en particulier pour « *assurer la lisibilité globale de l'organisation (annuaire, portail internet), le partage d'expériences, de formations, de protocoles de prise en charge* » ;
- elles doivent soutenir, accompagner et superviser l'exercice de toutes leurs missions, et leur apporter un soutien financier par le truchement du budget de l'établissement de rattachement du chaque CSO.

[432] S'agissant des liens ville-hôpital et hôpital-médico-social, les CSO se voient plus précisément confier, « *sous l'égide des ARS* », différentes missions d'animation et d'organisation territoriale. Ainsi les CSO doivent-ils promouvoir ces liens en s'inscrivant dans une démarche de coopération via des conventions, des GCS, des réseaux de santé²⁸¹ :

- ils « *contribuent à l'organisation de la filière dans chaque région de façon à optimiser les organisations, faciliter la diffusion des compétences au sein des territoires de santé, promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire et rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels* » ;
- ils doivent « *établir des relations fonctionnelles et des partenariats formalisés visant à assurer la cohérence des soins sur l'ensemble des niveaux de recours* » ;
- ils doivent « *initier et mettre en œuvre une véritable démarche de coordination* » 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 qui associe les acteurs libéraux, hospitaliers et médico-sociaux* ». Cette démarche peut reposer sur des actions de différentes natures listées dans le cahier des charges :
 - organisation de « *réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)*²⁸² qui visent à s'assurer que les indications opératoires sont conformes aux recommandations de la HAS,
 - coordination avec la médecine de ville, les réseaux de type REPPPOP, les associations, les acteurs du champ social et médico-social, les établissements de santé (médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie spécialisée, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée) ;

²⁸¹ Les ARS sont invitées à prendre en compte cette dimension de coordination régionale en s'assurant que des rencontres sont organisées lorsque la région comporte plusieurs centres.

²⁸² Les RCP « *suivent une procédure formalisée et réunissent médecins, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, psychologues, psychiatres, diététiciens... La traçabilité est assurée par un compte rendu pour chaque RCP* ».

- partenariats spécifiques et formalisés à nouer avec un établissement SSR par région et avec les réseaux de prise en charge de l'obésité enfant ou adulte (« *création de filières territoriales* »).

Les CIO sont des CSO spécialisés qui exercent trois missions supplémentaires : prise en charge des enfants et adolescents, formation des professionnels et recherche

[433] L'instruction prévoit également la création de 3 à 5 « centres intégrés de l'obésité » (CIO) au niveau national définis comme des CSO aux compétences élargies : « *des centres spécialisés qui développent une politique d'enseignement, de formation et de recherche* ».

[434] Si les CSO peuvent développer une spécialité dans la prise en charge des enfants et des adolescents (dans le respect des recommandations applicables à cette catégorie spécifique de patients), les CIO se voient attribuer des compétences particulières en termes de patientèle et de missions puisqu'ils sont chargés :

- des prises en charge spécialisées et rares, en lien avec une structure pédiatrique (maladies rares, syndromes génétiques, obésités syndromiques, situations médico-chirurgicales complexes²⁸³), et de l'accès aux expertises correspondantes²⁸⁴ et aux moyens d'exploration très spécialisés²⁸⁵ ;
- des actions de formation, d'enseignement et de recherche de caractère hospitalo-universitaire. Ils doivent ainsi assurer « *une activité de recherche, en particulier thérapeutique, sur les nouvelles procédures de traitement médical et chirurgical, en lien avec un centre de recherche en nutrition humaine, un centre de recherche ou une unité de recherche universitaire ou institutionnelle labellisée.* » Le volet « recherche » des missions des CIO est instruit dans l'annexe 6 du présent rapport ;
- de développer une activité d'enseignement universitaire (DES, DESC, DU) en rapport avec l'obésité.

[435] Les centres intégrés, de niveau supra régional, ont été désignés en 2012 parmi les 37 centres spécialisés pour la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère et pour l'organisation de la filière de soins dans les régions par un jury national présidé par la DGOS²⁸⁶. Comme le prévoyait l'instruction du 29 juillet 2011, le comité national de sélection en a désigné cinq, tous sous statut public : le CHU de Toulouse, l'AP/HP Centre (Pitié Salpêtrière), les Hospices civils de Lyon, le CHRU de Lille et l'AP/HP Nord (Avicenne – Robert Debré).

²⁸³ Ex : chirurgie bariatrique chez le candidat à une greffe, à une chirurgie cardiaque.

²⁸⁴ Ex : unité de génétique.

²⁸⁵ Ex : IRM et scanner adaptés, angiographie et gamma caméra.

²⁸⁶ Ce jury comprenait des représentants de l'institut thématique multi organisme (ITMO) «Circulation métabolisme nutrition» au sein de l'AVIESAN, de l'Association Française d'étude et de recherche sur l'obésité (AFERO), de la Société Française francophone de chirurgie de l'obésité (SOFFCO-M), de la Société francophone du diabète, d'une association d'usagers (le CNAO) , et d'un pédiatre pour les futurs CIO souhaitant être reconnus dans leur activité de chirurgie de l'obésité de l'adolescent.

2 LES CSO ONT REUSSI A FAIRE FACE A UNE FORTE CROISSANCE D'ACTIVITE TOUT EN OFFRANT A LEURS PATIENTS UNE MEILLEURE QUALITE DE PRISE EN CHARGE

[436] Après un démarrage lent et incertain, les CSO ont vu leur activité augmenter de 25 % tandis que leur part dans l'offre globale de chirurgie bariatrique est restée stable.

2.1 En 2014, la montée en charge des CSO apparaissait à la fois bien lancée et fragile

[437] Censés mettre chaque année à la disposition des acteurs les données nécessaires au suivi et à l'évaluation de leur activité, la DGOS et l'observatoire national des centres spécialisés de l'obésité (oNCSO) n'ont à ce jour produit que les données relatives aux années 2012 à 2014. Le seul bilan qui a été établi début 2016 par la DGOS et l'OnCSO ne couvre donc que la période 2012 – 2014 ; s'il indique que l'activité des CSO a fortement augmenté au cours de ces deux années, il montre aussi que la montée en charge des CSO n'était pas toujours suffisante et inégale d'un CSO à l'autre.

L'activité globale des CSO a fortement cru sur la période 2012-2014

[438] Les données fournies par les ARS en matière de file active 2016²⁸⁷ des CSO n'étant pas exploitables, la mission a utilisé le rapport d'analyse statistique établi par l'observatoire des CSO sur la période 2012 – 2014 qui fournit des données précises et suggère une forte augmentation sur cette période, en médecine (+ 78 % pour la file active) et en chirurgie (+ 157 % pour la file active, + 43 % en nombre d'interventions), même si le taux de réponse au recueil des données indique qu'elles ne sont pas exhaustives.

[439] Le tableau ci-dessous montre que les files actives des CSO en médecine et en chirurgie ont fortement augmenté au cours des deux premières années de création des CSO, ainsi que le nombre d'interventions de chirurgie bariatrique.

Tableau 1 : Evolution 2012 – 2014 de la file active des CSO

	2012 (nombre + taux de réponse)	2013 (nombre + taux de réponse)	2014 (nombre + taux de réponse)	Variation
Médecine / File active	26 802 (53 %)	46 990 (62 %)	47 605 (70 %)	+ 78 %
Chirurgie / File active	14 492 (39 %)	25 100 (65 %)	26 991 (68 %)	+ 157 %
Chirurgie / nb. d'interventions pour obésité	7 538 (86 %)	10 542 (89 %)	10 808 (92 %)	+ 43 %

Source : Mission à partir du rapport d'analyse statistique de l'activité des CSO établi par l'oNCSO sur la période 2012 – 2014

²⁸⁷ Ce qui peut laisser penser que soit la notion de file active n'est pas claire ou partagée, soit les ARS considérées n'ont pas une vision précise de l'activité de leur CSO, soit les CSO ne suivent pas tous précisément cette donnée.

[440] S'agissant des activités en chirurgie, les établissements ayant un CSO devaient renseigner quatorze indicateurs²⁸⁸. Les taux de réponse étaient là encore variables d'une donnée à l'autre (68 % à 92 %) mais la tendance était globalement à une forte croissance de l'activité des CSO :

- la file active de chirurgie des CSO aurait augmenté de 157 % sur la période (26 991 en 2014 contre 10 492 en 2012) ;
- le nombre total d'interventions aurait augmenté de 43 % dans les CSO sur la période (10 808 en 2014 contre 7 538 en 2012) et de 9 % pour les seuls adolescents (<18 ans), avec une augmentation plus marquée pour les anneaux (164 % soit 2170 en 2014 contre 821 en 2012) que pour les Bypass (41 %) et sleeve (33 %), peu cohérente avec les tendances observées par ailleurs sur ces trois techniques.

Sur la période 2012 – 2014, la montée en charge des CSO a été lente et inégale d'un CSO à l'autre.

[441] Le bilan établi début 2016 par la DGOS et l'oNCSO sur la période 2012 – 2014 renvoie une image imprécise de l'activité et des résultats des CSO, aussi bien sous l'angle des équipements spécialisés dont ils sont dotés que sous celui des activités en médecine et des modalités de prise en charge des patients obèses.

[442] Pour remplir leurs missions, les CSO doivent pouvoir assurer des « *explorations spécialisées* » nécessitant des « *équipements spécifiques adaptés* ». Le rapport d'analyse statistique établi par l'oNCSO indique, s'agissant de ces équipements, qu'en 2014 :

- 82 % des CSO disposaient de six des neuf matériels pour examens paracliniques de base²⁸⁹ ;
- 57 % des CSO (16 sur 37) disposaient des 10 équipements qualifiés d'indispensables²⁹⁰, trois de ces équipements ayant vu leur nombre augmenter significativement depuis 2012²⁹¹ ;
- « *l'accès à un véhicule de transport bariatrique dans les CSO restait en 2014 encore inférieur à 50 %* ».

[443] S'agissant des activités en médecine - dont la file active avait crû de 78 % pendant la période (cf. tableau ci-dessus) - les établissements ayant un CSO devaient renseigner neuf indicateurs²⁹² dont certains sont indispensables pour apprécier le caractère pluridisciplinaire de la prise en charge, or le nombre élevé de données manquantes rend l'interprétation de celui-ci délicate. Ainsi et à titre d'exemple, les indicateurs afférents aux RCP médicales font état d'une

²⁸⁸ Les 14 indicateurs de chirurgie sont : File Active ; Nb interventions chez adolescents (< 18 ans) ; Nb total de consultations pour obésité ; Nb réinterventions pour obésité ; Nb interventions pour obésité ; Nb réinterventions précoces ≤ 30 jours après CB ; Nb anneaux ; Nb réinterventions précoces > 30 jours après CB ; Nb Sleeve Gastrectomie ; Nb interventions non programmées ayant bénéficié d'une CB ; Nb Gastric By Pass ; Nb interventions chirurgie plastique pour obésité ; Nb autres interventions pour obésité ; Nb transferts en réa après interv. Bariatrique.

²⁸⁹ Scanner (30 CSO / 37 soit 81%), IRM (29 CSO 78%) ; salle d'angiographie (27 CSO soit 77%), absorptiomètre / DEXA (27 CSO soit 75%), Gamma caméra (20 CSO soit 59%), appareil de calorimétrie indirecte (23 CSO soit 62%). Lors du séminaire des CSO du 4 octobre 2017, un intervenant a souligné l'importance de la machine DEXA, de la calorimétrie et de la psychométrie, qui nécessitent des appareils dont le coût est élevé et qui ne sont pas encore disponibles dans tous les CSO alors qu'ils « fondent l'expertise des CSO » et que « les radiologues, notamment de ville, ont ce genre d'appareils ».

²⁹⁰ Liste des 10 équipements indispensables : système de pesée > 200 kg ; soulèvements malade mobiles avec pesée ; fauteuils d'accueil et de repos adaptés ; brassards de tensiomètre adaptés ; appareil polygraphique de dépistage ; tables d'opération > 250 kg ; tables d'accouchement adaptée ; tables d'examen de consultation adaptée ; lits avec matelas anti-escarres ; lits de réanimation avec pesée intégrée.

²⁹¹ Système de pesée > 200 kg ; soulèvements malade mobiles avec pesée, et fauteuils d'accueil et de repos adaptés.

²⁹² Les 9 indicateurs de médecine sont : File Active en médecine ; nombre de nouveaux patients en médecine ; nombre total de consultations pour obésité en médecine ; nombre de séjours en hospitalisation complète pour obésité ; nombre de séjours en hospitalisation de jour pour obésité ; nombre de dossiers discutés en RCP médicale ; nombre de compte-rendu de RCP ; nombre de patients adressés en SSR ; nombre de patients bénéficiant de la CMU ou CMUC.

baisse de 8 % du nombre de dossiers discutés en RCP et de 9 % du nombre de compte rendus de RCP... L'OnCSO concluait alors prudemment sur ce thème en affichant une tendance à la baisse du nombre total de consultations et une tendance à la hausse du nombre de séjours en hospitalisation de jour.

[444] S'agissant enfin de la prise en charge des patients, le rapport de l'OnCSO indiquait que :

- près de 20 % des CSO ne bénéficiaient pas encore en 2014 d'un accès à l'intégralité des secteurs de prise en charge auxquels ils doivent pouvoir faire appel²⁹³, sans évolution significative sur la période ;
- de nombreuses données pourtant importantes pour apprécier le niveau de prise en charge - par exemple sur les effectifs des personnels médicaux et para-médicaux, ou sur la formation des équipes - sont inexploitable ou non interprétables car trop peu renseignées ou incohérentes ;
- tous les CSO ayant déclaré avoir présenté des programmes d'ETP avaient vu ces programmes validés par l'ARS, soit 32 CSO pour un programme de médecine, 21 CSO pour un programme de chirurgie et 19 CSO pour un programme de pédiatrie.

2.2 L'activité médicale des CSO, en hausse, s'est développée aussi bien au profit des adultes que des enfants

[445] L'action des CSO ne peut pas être suivie via le PMSI²⁹⁴ et le SNIRAAM qui :

- ne peuvent pas identifier les établissements membres et/ou partenaires des CSO parmi l'ensemble des ES ;
- ne repèrent que très partiellement les personnes obèses prises en charge à l'hôpital²⁹⁵, ce qui est en soit une limite sérieuse pour apprécier et évaluer ces structures précisément créées pour encadrer et circonscrire la chirurgie bariatrique (aux seuls cas prévus par les recommandations de la HAS).

[446] Il n'a par ailleurs pas été possible à la mission de quantifier l'activité de médecine des CSO postérieurement à l'année 2014 faute de données plus récentes que celle issues de la dernière étude de l'OnCSO portant sur la période 2012-2014. Cette étude suggérait une forte augmentation de l'activité médicale (+ 78 % sur la période pour la file active) et la mission considère comme vraisemblable, au regard de l'incidence générale de l'obésité en France, que les activités de médecine des CSO ont continué à s'inscrire après 2014 dans la même tendance générale haussière que l'ensemble des ES accueillant des personnes obèses et pratiquant la CB en France.

[447] Les seuls éléments globaux dont dispose la mission pour apprécier cette activité médicale après 2014 sont ceux - qualitatifs - issus de l'enquête réalisée par le GCC CSO en septembre 2017 auprès de l'ensemble des CSO. Cette enquête :

- conclut que cette activité est en expansion dans les CSO, qui sont en mesure de proposer une offre de soins variée et pluridisciplinaire ainsi que des programmes d'ETP ;

²⁹³ Liste des 12 secteurs de prises en charge auxquels peuvent faire appel les CSO (hors endocrinologie, nutrition, diététique et activité physique) : 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.

²⁹⁴ Les consultations à l'hôpital ne sont pas prises en compte dans le PMSI.

²⁹⁵ Sauf quand l'obésité constitue le motif initial d'hospitalisation.

- mais déplore que les délais de prise en charge sont trop longs dans les CSO qui manquent de temps médical disponible, que le suivi à long terme des patients est insuffisant et que la question en suspens des conditions de facturation en hôpital de jour nuit à la prise en charge.

[448] Des praticiens rencontrés par la mission ont par ailleurs souligné le fait que la prise en charge médicale à l'hôpital « *ne rapporte rien* » à ce dernier (a fortiori si l'option de financement en hôpital de jour est fermée), et qu'il manque donc un modèle économique incitatif pour la soutenir et la développer.

S'agissant de la prise en charge des enfants et adolescents, l'instruction de juillet 2011 précise que toute structure de pédiatrie doit être en mesure d'accueillir et de traiter l'obésité commune et que les services qui ont développé une « hyperspécialité » dans la prise en charge des obésités sévères de l'enfant (dont obésités syndromiques et génétiques) sont appelés à développer des partenariats formalisés avec les CSO ou les centres intégrés adultes pour partager les expertises et les outils diagnostics (en particulier en génétique) et pour faciliter la transition vers la prise en charge adulte. L'instruction rappelle à cet égard que « *la chirurgie bariatrique reste une indication exceptionnelle chez l'adolescent, requérant une expertise spécifique. Pour des raisons d'expertise et de conditions techniques (disponibilité du matériel, corpulence des patients, expertise chirurgicale et anesthésique), cette chirurgie d'exception devrait être concentrée dans quelques sites experts au niveau national* », aussi bien des CSO que des centres intégrés dont la reconnaissance est faite au seul niveau national. Cependant, selon des données fournies à la mission par la CNAMTS, sur les 38 établissements qui ont opéré des mineurs en 2015, seuls 9 étaient des CSO.

[449] S'agissant de l'activité pédiatrique des CSO, la synthèse du GCC CSO indique que les CSO :

- se félicitent des liens noués avec les réseaux REPPOP et les SSR pédiatriques, la reconnaissance de l'importance à donner aux programmes d'ETP et les possibilités de collaboration offertes par le projet OBEPEPIA ;
- mais pointent l'insuffisance des programmes d'ETP dont l'arrêt signifie la fin du suivi, le manque de pédiatres dédiés à la prise en charge de l'obésité, ainsi que la faiblesse dans la prise en charge de la transition entre l'adolescence et l'âge adulte et dans la sensibilisation des familles.

2.3 L'activité chirurgicale des CSO, en augmentation constante depuis 2012, est restée maîtrisée

[450] L'action des CSO ne peut donc paradoxalement être appréhendée de façon fiable que par le nombre et la nature des séjours comprenant un acte de chirurgie bariatrique (GHM), ce qui induit un biais qu'il est important de bien garder à l'esprit : pour un CSO comme pour un établissement non CSO, un accroissement de l'activité de CB peut signifier aussi bien que le nombre de patients éligibles a augmenté à niveau d'indication constant, que les indications y ont évolué dans le sens d'une plus grande « souplesse ».

[451] En l'absence de données récentes produites par la DGOS et l'oNCSO, la mission a demandé à l'ATIH d'essayer d'isoler des informations d'activité sur les CSO dans sa base de l'ensemble des ES. Cette approche présente un second biais - assumé par la mission - puisqu'elle minore l'activité des CSO. Il n'est en effet pas possible aujourd'hui d'identifier par leur numéro Finess tous les

établissements qui concourent à l'activité des CSO²⁹⁶, et l'activité des CSO - qui n'ont pas de statut propre²⁹⁷ ni la personnalité juridique - ne se résume pas à celle de leur ES de rattachement. Comme indiqué plus haut, les CSO ont en effet par nature vocation à fonctionner en réseau avec d'autres établissements et structures partenaires (MCO, SSR, centres de rééducation, maisons/ centres de santé, réseaux de soins, d'ETP...), mais les activités des établissements avec lesquels les CSO ont conventionné²⁹⁸ ne peuvent pas toutes être comptabilisées faute d'une liste nationale officielle et consolidée²⁹⁹.

2.3.1 La CB a globalement augmenté de plus d'un quart dans l'ensemble des CSO depuis 2012, avec de fortes variations d'une région à l'autre

[452] Cet avertissement préliminaire posé, la mission a donc essayé de mesurer l'activité de chirurgie bariatrique des CSO sur la période 2012-2016 au moyen des données fournies par l'ATIH dans les conditions exposées supra. En 2016, ces données montrent que l'activité chirurgicale des CSO représentait environ 20 % de l'ensemble de la chirurgie bariatrique au niveau national³⁰⁰.

[453] Le tableau ci-dessous se lit de la façon suivante : le nombre des interventions des CSO de la région Auvergne-Rhône-Alpes est passé de 1700 en 2012 à 1730 en 2016, soit + 2 % sur la période. Il montre :

- qu'il y a eu sur la période un accroissement de 26 % du nombre total des interventions pratiquées par l'ensemble des CSO de France, avec de fortes variations d'une région à l'autre :
- que neuf régions métropolitaines dans lesquelles les CSO avaient déjà un volume d'activité important en 2012 ont connu un accroissement du nombre d'interventions qui va de 10 % à 57 % suivant les régions / CSO. Plusieurs autres variations sont cependant difficilement interprétables, soit parce que la région considérée partait de très bas en 2012 (ex : Franche-Comté, La Réunion), soit parce que le contexte est atypique (Martinique, Guadeloupe).

²⁹⁶ Les activités métier des CSO sont en outre nombreuses et variables d'un CSO à l'autre, suivant notamment les moyens dont ils disposent et le poids relatif de la chirurgie bariatrique parmi l'ensemble de leurs activités, médicales (médecine générale, endocrino, nutrition, psychiatrie, pédiatrie...) et para-médicales (filiales, ETP, réseaux de soins...).

²⁹⁷ Un seul cas de CSO constitué en association a été signalé à la mission à Clermont-Ferrand.

²⁹⁸ Mais ce n'est pas toujours le cas, et les conventions qu'ils passent sont plus ou moins contraignantes dans leur contenu.

²⁹⁹ Comme cela sera développé plus loin, l'enquête IPAQSS réalisée en 2017 par la HAS montre toutefois que, sur un total de 451 établissements qui ont déclaré des interventions de CB en 2016, 44 se sont déclarés CSO (chiffre tenant compte du caractère poly-établissements de certains CSO, donc jugé cohérent par la mission), 134 se sont déclarés partenaires d'un CSO, et 219 se sont déclarés non liés par une convention avec un CSO. Mais il ne s'agit que d'informations déclaratives.

³⁰⁰ 12 363 / 60 783.

Tableau 2 : Évolution de 2012 à 2016, par région, du nombre des interventions de chirurgie bariatrique dans les CSO

REGION	CSO2012	CSO2013	CSO2014	CSO2015	CSO2016	Evolution 2012-2016
Auvergne-Rhône-Alpes	1700	1683	1694	1620	1730	2 %
Bourgogne-Franche-Comté	17	38	68	86	107	529 %
Bretagne	442	470	511	539	566	28 %
Centre-Val de Loire	264	312	357	348	400	52 %
Corse	0	0	0	0	0	
Grand Est	753	838	1070	1021	1179	57 %
Guadeloupe	33	14	16	7	16	-52 %
Guyane	0	0	0	0	0	
Hauts de France	723	857	1015	926	1059	46 %
Ile-de-France	2794	3108	3204	3517	3887	39 %
La Réunion	14	39	43	57	63	350 %
Martinique	143	86	34	30	15	-90 %
Normandie	440	460	529	498	567	29 %
Nouvelle Aquitaine	370	389	414	476	442	19 %
Occitanie	593	735	769	772	653	10 %
Pays de la Loire	462	522	522	585	633	37 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1047	922	961	1011	1046	0 %
Total CB	9795	10473	11207	11493	12363	26 %

Source : mission à partir de données ATIH/PMSI et sur la base de la liste des 44 ES identifiés CSO par la HAS

[454] Le tableau ci-dessous se lit de la façon suivante : la part de la région Auvergne-Rhône-Alpes dans l'ensemble des interventions de CB réalisées en France est passée de 31 % en 2012 à 23 % en 2016, soit - 8 %. Il montre que la part des CSO dans l'ensemble des ES pratiquant la CB est restée stable à environ 20 %, avec de faibles variations régionales, négatives dans certaines régions (Occitanie, PACA et Auvergne-Rhône-Alpes qui ont vu leur part baisser de 2 % à 8 % suivant les régions) et positives dans les autres régions métropolitaines qui ont vu leur part augmenter dans des proportions allant de 1 % à 4 %.

Tableau 3 : Évolution 2012 - 2016 de la part des interventions de CB réalisées par les CSO dans l'ensemble de l'activité de CB au niveau national

REGION	CSO2012	CSO2016	REGIONAL2012	REGIONAL2016	PART CSO REGIONAL 2012	PART CSO REGIONAL 2016	Evolution
Auvergne-Rhône-Alpes	1700	1730	5462	7618	31 %	23 %	-8 %
Bourgogne-Franche-Comté	17	107	2181	3053	1 %	4 %	3 %
Bretagne	442	566	1531	1956	29 %	29 %	0 %
Centre-Val de Loire	264	400	1304	1751	20 %	23 %	3 %
Corse	0	0	262	286	0 %	0 %	0 %
Grand Est	753	1179	3349	4734	22 %	25 %	2 %
Guadeloupe	33	16	172	117	19 %	14 %	-6 %
Guyane	0	0	40	18	0 %	0 %	0 %
Hauts de France	723	1059	5069	6891	14 %	15 %	1 %
Ile-de-France	2794	3887	11011	13101	25 %	30 %	4 %
La Réunion	14	63	240	473	6 %	13 %	7 %
Martinique	143	15	211	282	68 %	5 %	-62 %
Normandie	440	567	2331	2959	19 %	19 %	0 %
Nouvelle Aquitaine	370	442	3324	4201	11 %	11 %	-1 %
Occitanie	593	653	4628	6108	13 %	11 %	-2 %
Pays de la Loire	462	633	1073	1476	43 %	43 %	0 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1047	1046	5018	5759	21 %	18 %	-3 %
Total national CB	9795	12363	47206	60783	21 %	20 %	0 %

Source : mission à partir de données ATIH/PMSI et sur la base de la liste des 44 ES identifiés CSO par la HAS

2.3.2 Les interventions de CB réalisées par les CSO ont augmenté de façon variable d'un CSO et d'une région à l'autre, mais sans augmentation de leurs « parts de marché »

Les CSO ont vu leur activité chirurgicale évoluer individuellement de façon très variable d'un CSO à l'autre, seuls deux CSO outre-mer se situant en-deçà du seuil d'activité minimal fixé par l'instruction DGOS de juillet 2011

[455] Le tableau 4 ci-dessous montre :

- que tous les CSO, exceptés ceux de Guadeloupe et de Martinique, dépassent le seuil minimal de 30 interventions par an, même si un CSO métropolitain³⁰¹ est très proche de ce seuil ;
- une grande variabilité dans le temps de l'activité des CSO :

³⁰¹ Le CSO de Besançon a effectué 31 opérations en 2016 (cf. tableau 5 ci-après). Selon un interlocuteur de la mission, la situation de ce CSO serait liée à un manque important de temps médical (0.5 ETP pour 4 établissements), le poste correspondant étant en outre menacé de disparaître en 2018, plaçant alors le CSO dans l'impossibilité de remplir sa mission.

- de nombreux CSO, qui avaient déjà un volume significatif d'interventions en 2012, ont nettement consolidé cette activité (CHU Grenoble, HCL, CHP St. Grégoire, CHR Orléans, CHR Metz-Thionville, CHU Nancy, CHRU Lille, CHU Amiens, CHR Boulogne, CHR Valenciennes, les quatre CSO d'Ile-de-France, CHU La Réunion, CHU Rouen, CHU Caen, CHU Poitiers, CHU Ouest Anjou) ;
- les CSO qui ont vu leur nombre d'interventions exploser partaient généralement de loin car ils avaient une activité de CB très réduite en 2012 (ex : CHU Dijon, CHU Reims, CH de Pau...) ;
- sept CSO ont vu leur activité chirurgicale se réduire (clinique de la Sauvegarde à Lyon, CHU de Strasbourg, APHM, CHU Guadeloupe, CHU Martinique, CHU Bordeaux, CHU Limoges), nettement pour les quatre derniers cités.

L'activité de chirurgie bariatrique a aussi connu d'importantes variations d'un CSO à l'autre au sein d'une même région

[456] L'analyse de l'activité CSO par CSO pendant la période montre également une grande variabilité, d'un CSO à l'autre et dans le temps, de la part de chaque structure dans l'ensemble de la CB pratiquée par les CSO au niveau régional.

[457] Le tableau ci-dessous montre en particulier que dans neuf régions, un CSO assure à lui seul plus de 50 % de l'activité des CSO de la région, et cette proportion dépasse même 70 % dans quatre régions (Auvergne-Rhône-Alpes, Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Bretagne, ce qui s'explique naturellement dans ce dernier cas puisque cette région ne compte qu'un seul CSO).

[458] Dans le tableau ci-dessous, il faut par exemple lire que le CSO de la clinique de La Sauvegarde à Lyon réalise 77,4 % du nombre des interventions de CB de la région Auvergne-Rhône-Alpes, proportion qui est en baisse sur la période.

Tableau 4 : Évolution 2012 - 2016 de la part de chaque CSO dans l'ensemble des interventions réalisées par les CSO au niveau régional, et évolution de cette part sur la même période

Région / CSO	ANNEE 2012	ANNEE 2013	ANNEE 2014	ANNEE 2015	ANNEE 2016
Auvergne-Rhône-Alpes	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
CHU de Clermont Ferrand	4,06 %	3,39 %	3,42 %	4,57 %	4,28 %
CHU de Grenoble	3,18 %	4,40 %	5,96 %	5,86 %	6,42 %
Clinique de la Sauvegarde	85,59 %	86,04 %	81,76 %	79,01 %	77,40 %
Hospices civils de Lyon	7,18 %	6,18 %	8,85 %	10,56 %	11,91 %
Bourgogne-Franche-Comté	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C.H.U. DE DIJON	11,76 %	34,21 %	83,82 %	68,60 %	71,03 %
CHU BESANCON	88,24 %	65,79 %	16,18 %	31,40 %	28,97 %
Bretagne	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
CHP ST-GREGOIRE	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Centre-Val de Loire	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C.H.R. ORLEANS	81,44 %	84,62 %	84,87 %	84,48 %	83,25 %
C.H.U. DE TOURS	18,56 %	15,38 %	15,13 %	15,52 %	16,75 %
Corse					
(vide)					
Grand Est	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C. H. R. - METZ THIONVILLE	14,08 %	14,08 %	17,10 %	22,14 %	23,58 %
C.H.U. DE NANCY	36,65 %	41,65 %	35,98 %	41,14 %	38,08 %

CHR DE REIMS	1,20 %	4,42 %	9,16 %	5,48 %	8,74 %
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	48,07 %	39,86 %	37,76 %	31,24 %	29,60 %
Guadeloupe	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Guyane					
(vide)					
Hauts de France	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C.H.R.U. DE LILLE	36,51 %	36,41 %	35,47 %	36,50 %	37,87 %
C.H.U. D'AMIENS	32,92 %	30,46 %	35,17 %	30,35 %	27,20 %
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS	12,45 %	10,74 %	9,16 %	11,02 %	9,73 %
CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE	7,75 %	11,90 %	9,85 %	9,83 %	13,13 %
CENTRE HOSPITALIER VALENCIENNES	10,37 %	10,50 %	10,34 %	12,31 %	12,09 %
Ile-de-France	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
APHP Zone Centre	15,93 %	16,25 %	17,92 %	16,89 %	14,66 %
APHP Zone Nord	23,69 %	22,52 %	20,72 %	25,93 %	28,12 %
APHP Zone Sud	23,62 %	26,09 %	22,69 %	22,29 %	22,46 %
CSO Zone Ouest IDF	36,76 %	35,14 %	38,67 %	34,89 %	34,76 %
La Réunion	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL REUNION	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Martinique	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
CHU DE MARTINIQUE	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
Normandie	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C H U ROUEN	59,32 %	59,57 %	61,06 %	49,80 %	55,91 %
CHU COTE DE NACRE CAEN	40,68 %	40,43 %	38,94 %	50,20 %	44,09 %
Nouvelle Aquitaine	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
C.H.U. DE BORDEAUX	25,41 %	23,14 %	18,84 %	19,96 %	16,29 %
CENTRE HOSP. REGIONAL DE POITIERS	37,30 %	45,76 %	54,11 %	54,62 %	53,39 %
CENTRE HOSPITALIER PAU	4,86 %	10,54 %	15,22 %	14,50 %	14,93 %
CHU LIMOGES	32,43 %	20,57 %	11,84 %	10,92 %	15,38 %
Occitanie	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
CHR TOULOUSE	30,69 %	30,75 %	29,00 %	32,12 %	33,08 %
CHU MONTPELLIER	69,31 %	69,25 %	71,00 %	67,88 %	66,92 %
Pays de la Loire	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
CSO ouest anjou	61,90 %	65,90 %	62,84 %	71,11 %	68,72 %
Cso ouest atlantique	38,10 %	34,10 %	37,16 %	28,89 %	31,28 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
APHM	60,74 %	60,09 %	52,86 %	54,90 %	55,83 %
C.H.U. DE NICE	39,26 %	39,91 %	47,14 %	45,10 %	44,17 %

Source : mission à partir de données ATIH/PMSI et sur la base de la liste des 44 ES identifiés CSO par la HAS

La part de marché « chirurgie » des CSO n'a pas augmenté au sein de l'offre régionale

[459] Le tableau 5 ci-dessous montre également une grande variabilité de la part de chaque CSO dans l'ensemble de la CB au niveau régional :

- la plupart des CSO ont vu leur activité croître de façon moins dynamique que le reste des ES non CSO de la même région pratiquant la CB (et parfois même décroître), ce constat permettant de soutenir que :
 - globalement, il n'y a pas eu « d'effet CSO » qui aurait attiré vers ceux-ci une patientèle plus nombreuse ; l'activité chirurgicale des CSO a simplement suivi - plutôt moins que plus - la tendance haussière nationale ;
 - il y a sans doute, comme certains acteurs de terrain et experts l'ont indiqué à la mission, un phénomène de déport de la patientèle potentielle des CSO vers les établissements non CSO. Les CSO étant a priori, du fait de leur alignement plus strict sur les recommandations de la HAS (notamment pour la tenue des RCP), plus sélectifs dans la décision d'opérer que les autres établissements chirurgicaux, certains de leur patients déclarés non éligibles à une opération mais qui veulent absolument être opérés sont en effet probablement tentés de s'adresser à d'autres établissements non CSO. Le volume de ce phénomène n'est cependant aujourd'hui pas mesurable en l'absence de système national de suivi des indications.
- un seul CSO a vu son activité croître au même rythme que l'ensemble des ES non CSO de la même région pratiquant la CB (St. Grégoire) ;
- un seul CSO a vu son activité de CB croître plus vite que celle de l'ensemble des ES non CSO de la même région pratiquant la CB (CHU Guadeloupe).

[460] Dans le tableau ci-dessous, il faut par exemple lire que la CSO de la clinique de La Sauvegarde a vu le nombre de ses interventions de CB baisser de 8 % sur la période ; sa part dans l'ensemble des interventions de CB réalisées au niveau régional était de 18 % en 2016, en baisse de 9 % par rapport à 2012.

Tableau 5 : Évolution 2012 - 2016 du nombre des interventions de CB réalisées par les CSO, part de chaque CSO dans l'ensemble des interventions réalisées au niveau régional, et évolution de cette part sur la même période

Région CSO	CSO20 12	CSO20 16	CSO Evolution	REGIONAL 2012	REGIONAL 2016	REGIONAL EVOLUTION
Auvergne-Rhône-Alpes	1700	1730	2 %	5462	7618	39 %
CHU de Clermont Ferrand	69	74	7 %	1 %	1 %	0 %
CHU de Grenoble	54	111	106 %	1 %	1 %	0 %
Clinique de la Sauvegarde	1455	1339	-8 %	27 %	18 %	-9 %
Hospices civils de Lyon	122	206	69 %	2 %	3 %	0 %
Bourgogne-Franche-Comté	17	107	529 %	2181	3053	40 %
C.H.U. DE DIJON	2	76	3700 %	0 %	2 %	2 %
CHU BESANCON	15	31	107 %	1 %	1 %	0 %
Bretagne	442	566	28 %	1531	1956	28 %
CHP ST-GREGOIRE	442	566	28 %	29 %	29 %	0 %
Centre-Val de Loire	264	400	52 %	1304	1751	34 %
C.H.R. ORLEANS	215	333	55 %	16 %	19 %	3 %
C.H.U. DE TOURS	49	67	37 %	4 %	4 %	0 %
Corse	0	0		262	286	9 %

(vide)	0	0		0 %	0 %	
Grand Est	753	1179	57 %	3349	4734	41 %
C. H. R. - METZ THIONVILLE	106	278	162 %	3 %	6 %	3 %
C.H.U. DE NANCY	276	449	63 %	8 %	9 %	1 %
CHR DE REIMS	9	103	1044 %	0 %	2 %	2 %
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	362	349	-4 %	11 %	7 %	-3 %
Guadeloupe	33	16	-52 %	172	117	-32 %
C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	33	16	-52 %	19 %	14 %	-6 %
Guyane	0	0		40	18	-55 %
(vide)	0	0		0 %	0 %	
Hauts de France	723	1059	46 %	5069	6891	36 %
C.H.R.U. DE LILLE	264	401	52 %	5 %	6 %	1 %
C.H.U. D'AMIENS	238	288	21 %	5 %	4 %	-1 %
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS	90	103	14 %	2 %	1 %	0 %
CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE	56	139	148 %	1 %	2 %	1 %
CENTRE HOSPITALIER VALENCIENNES	75	128	71 %	1 %	2 %	0 %
Ile-de-France	2794	3887	39 %	11011	13101	19 %
APHP Zone Centre	445	570	28 %	4 %	4 %	0 %
APHP Zone Nord	662	1093	65 %	6 %	8 %	2 %
APHP Zone Sud	660	873	32 %	6 %	7 %	1 %
CSO Zone Ouest IDF	1027	1351	32 %	9 %	10 %	1 %
La Réunion	14	63	350 %	240	473	97 %
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL REUNION	14	63	350 %	6 %	13 %	7 %
Martinique	143	15	-90 %	211	282	34 %
CHU DE MARTINIQUE	143	15	-90 %	68 %	5 %	-62 %
Normandie	440	567	29 %	2331	2959	27 %
C H U ROUEN	261	317	21 %	11 %	11 %	0 %
CHU COTE DE NACRE CAEN	179	250	40 %	8 %	8 %	1 %
Nouvelle Aquitaine	370	442	19 %	3324	4201	26 %
C.H.U. DE BORDEAUX	94	72	-23 %	3 %	2 %	-1 %
CENTRE HOSP. REGIONAL DE POITIERS	138	236	71 %	4 %	6 %	1 %
CENTRE HOSPITALIER PAU	18	66	267 %	1 %	2 %	1 %
CHU LIMOGES	120	68	-43 %	4 %	2 %	-2 %
Occitanie	593	653	10 %	4628	6108	32 %
CHR TOULOUSE	182	216	19 %	4 %	4 %	0 %
CHU MONTPELLIER	411	437	6 %	9 %	7 %	-2 %
Pays de la Loire	462	633	37 %	1073	1476	38 %
CSO ouest anjou	286	435	52 %	27 %	29 %	3 %
Cso ouest atlantique	176	198	13 %	16 %	13 %	-3 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1047	1046	0 %	5018	5759	15 %
APHM	636	584	-8 %	13 %	10 %	-3 %
C.H.U. DE NICE	411	462	12 %	8 %	8 %	0 %
Total général	9795	12363	26 %	47206	60783	29 %

Source : mission à partir de données ATIH/PMSI et sur la base de la liste des 44 ES identifiés CSO par la HAS

2.4 Les CSO assurent une meilleure qualité de la prise en charge des personnes obèses que les ES non CSO

2.4.1 Dans les CSO visités par la mission, la prise en charge des personnes obèses est assurée par référence aux standards de qualité de la HAS

[461] La mission n'avait pas pour mandat ni pour objectif d'auditer les processus et procédures que les CSO mettent en œuvre. Les responsables et personnels des neuf CSO avec lesquels elle a pu avoir les échanges les plus approfondis³⁰² ont dans l'ensemble déclaré se conformer aux recommandations de la HAS et ont illustré leurs démonstrations par des données, documents ou témoignages généralement probants, même si certaines de ces démonstrations sont apparues plus convaincantes que d'autres.

[462] Comme dans les ES non CSO qu'elle a visités, des responsables de CSO ont signalé à la mission ne pas avoir les moyens de mettre en œuvre ces recommandations dans toutes leurs modalités, soit parce qu'ils n'avaient pas les ressources pour le faire (ex : temps agent pour assurer la coordination intra-CSO, refus de l'assurance maladie de financer certains prestations et examens dans le cadre de l'hôpital de jour, absence ou pénurie de psychiatres, psychologues, diététiciens, APA...), soit parce que des patients ne jouaient pas le jeu (ex : refus d'honorer les rendez-vous de suivi).

[463] Des CSO ont aussi indiqué à la mission avoir choisi de ne pas mettre en œuvre certaines modalités de prise en charge prévues par les recommandations de la HAS pour des motifs qu'ils ont expliqués et justifiés, par exemple parce qu'ils les jugeaient inadaptées à leur environnement de travail (ex : équipements) ou à l'état de santé de leur patient (ex : nombre et fréquence des rendez-vous de suivi). Les informations ainsi recueillies ont contribué à nourrir la critique des recommandations que la mission a résumée et formulée en annexe 2, ainsi que les propositions d'actualisation qu'elle formule dans le rapport de synthèse.

2.4.2 Les CSO assurent une prise en charge préopératoire de meilleure qualité

[464] La qualité de la prise en charge des personnes obèses sévères et morbides par les CSO peut être en partie appréciée au moyen des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IPAQSS) mis en place et suivi chaque année par la HAS, dont certains concernent la prise en charge préopératoire assurée par l'ensemble des établissements de santé pratiquant la chirurgie de l'obésité chez l'adulte (cf. annexe 2).

[465] Les indicateurs du thème « Chirurgie de l'obésité chez l'adulte : prise en charge préopératoire minimale³⁰³ » ont été recueillis de début mars à fin juin 2017 à partir de l'analyse de dossiers de patients opérés en 2016. L'ensemble des établissements de santé pratiquant ce type de chirurgie était concerné par ces indicateurs quelle que soit la technique chirurgicale mise en œuvre, mais l'analyse des dossiers ne concernait que les actes de chirurgie initiale.

³⁰² Clermont-Ferrand, Lille, Lyon HCL, Lyon La Sauvegarde, Nancy, Toulouse.

³⁰³ Non soumis à la diffusion publique.

508 ES ont déclaré un acte de chirurgie bariatrique dans la base PMSI 2016³⁰⁴, soit 58 130 actes cette année-là. Après redressement des données, notamment pour éliminer les ES qui avait pratiqué des actes ne relevant pas de la chirurgie initiale, ce sont au total 451 établissements qui étaient concernés par le recueil. Parmi eux, 44 se sont déclarés CSO³⁰⁵, 134 se sont déclarés partenaires d'un CSO, et 219 se sont déclarés non liés par une convention avec un CSO. 19 403 dossiers de chirurgie initiale ont été analysés au total.

Comme présenté dans l'annexe 2, l'exploitation des données recueillies par la HAS résumée ci-après montre que la prise en charge des patients adultes obèses telle que mesurée par ces indicateurs - qui concernent les éléments minimaux nécessaires à une prise en charge de qualité - est encore perfectible dans l'ensemble des ES pratiquant la CB (non CSO et CSO) :

- le bilan complet des principales comorbidités est réalisé chez 8 patients sur 10 ;
- le bilan endoscopique est réalisé pour près de 9 patients sur 10 avec une forte variabilité entre les établissements de santé concernés ;
- l'évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire est faite pour près de 9 patients sur 10 mais la variabilité inter-établissements est importante ;
- la stratégie chirurgicale est discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et dans les conditions requises pour près de 7 patients sur 10 ;
- 7 patients sur 10 bénéficient d'une RCP communiquée au médecin traitant pour une prise en charge coordonnée ;
- près de 8 patients sur 10 ont reçu les informations minimales primordiales à la réussite à long terme de ce type de chirurgie ;
- le bilan biologique nutritionnel et vitaminique du patient est réalisé lors de la phase préopératoire pour plus de 8 patients sur 10.

[466] La HAS conclut son analyse dans les termes suivants : « Si ces résultats peuvent sembler dans l'ensemble satisfaisants, le regroupement en 2 grandes étapes de la prise en charge met en avant des résultats plus mitigés :

- 7 patients sur 10 ont bénéficié à la fois d'un bilan complet des principales comorbidités, d'un bilan endoscopique et d'évaluation psychologique/psychiatrique lors de la phase d'évaluation préopératoire. Ces éléments sont pourtant jugés indispensables pour poser une indication chirurgicale pertinente.
- Quant à la coordination avec le médecin traitant, 5 patients sur 10 ont une RCP élaborée dans les conditions requises et transmises à leur médecin traitant. »

[467] Pour la première fois cette année, la HAS a comparé les résultats obtenus par les CSO et leurs partenaires avec ceux de l'ensemble des ES pratiquant la CB. Il ressort de cette comparaison que le statut de CSO et d'établissement partenaire a un effet positif sur la qualité mesurée par les indicateurs.

³⁰⁴ Parmi eux, 51 établissements n'avaient aucun dossier de chirurgie initiale (tous les actes étaient consécutifs à une chirurgie bariatrique réalisée précédemment), 4 établissements ont fermé ou ne pratiquaient plus cette chirurgie, et 2 établissements n'ont pu analyser l'unique dossier de chirurgie bariatrique initiale car ils ne l'ont pas retrouvé.

³⁰⁵ La différence avec le nombre officiel de 37 CSO s'explique essentiellement par le fait que les différents ES appartenant à un CSO poly-établissements se sont tous déclarés CSO.

Tableau 6 : Résultat moyen des indicateurs de la phase préopératoire en fonction du statut de l'établissement – Campagne 2017 - données 2016 (en % de l'indicateur)

Résultat moyen en % de l'indicateur	Type d'établissements (nombre d'établissements)	Établissements spécialisés/partenaires (178)	Autres établissements (219)	Différence en point
	Bilan des comorbidités	83	73	10
	Bilan d'endoscopie	96	94	2
	Évaluation psychiatrique/psychologique	92	89	3
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1	81	72	9
	Réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 2	64	60	4
	Communication de la RCP au médecin traitant	73	59	14

Source : HAS – projet de rapport OBE 2017

[468] Le tableau ci-dessus montre ainsi que les ES ayant le statut de CSO ou d'établissements partenaires de CSO obtiennent des résultats significativement supérieurs aux autres pour la majorité des indicateurs :

- pour l'indicateur « Bilan des principales comorbidités lors de la phase d'évaluation préopératoire », les établissements de santé spécialisés/partenaires ont un résultat moyen meilleur que les autres établissements de santé (83 % versus 73 %) ;
- pour la « Communication de la décision issue de la RCP au médecin traitant », leur résultat moyen est de 73 % versus 59 % ;
- pour l'indicateur « Décision issue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire – niveau 1 », ils obtiennent un résultat moyen nettement supérieur aux autres ES : 81 % versus 72 %. En revanche, il n'y a plus de différence pour le niveau 2 d'exigence supérieure ;
- il n'y a de différence nette pour les indicateurs sur le bilan endoscopique et l'évaluation psychiatrique/psychologique.

2.4.3 Les CSO assurent une prise en charge générale de meilleure qualité

[469] Le cahier des charges des CSO leur fixe « deux missions principales : prendre en charge l'obésité sévère et organiser la pluridisciplinarité ; organiser la filière dans chaque région ».

[470] Au titre de sa première mission de prise en charge de l'obésité sévère et d'organisation de la pluridisciplinarité, les CSO se sont vus attribuer explicitement deux catégories bien précises de patients - a priori éligibles à la chirurgie bariatrique - dont ils doivent garantir l'accès aux soins :

- ceux qui relèvent des « situations les plus complexes : obésités multicompliquées³⁰⁶ ou associées à d'autres pathologies, aux situations relevant de prise en charge multiprofessionnelles et nécessitant des explorations spécialisées, des équipements spécifiques adaptés, et relevant de concertations pluridisciplinaires » ;
- les « personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale... souffrant d'obésité sévère », pour lesquelles les CSO doivent « développer une politique d'accès aux soins adaptée, notamment pour les patients bénéficiant de la CMU ».

³⁰⁶ IMC > 35 multicompliquée.

[471] Sur le plan qualitatif, les éléments recueillis par la mission lors de ses déplacements dans plusieurs ARS et CSO corroborent les résultats de l'enquête réalisée par le GCC CSO en septembre 2017 auprès de l'ensemble des CSO et présentés lors du séminaire national des CSO qui s'est tenu le 4 octobre à Paris.

[472] Comme le GCC CSO, la mission identifie deux problématiques très liées entre elles, qui ne sont pas propres aux CSO et concernent l'ensemble des ES pratiquant la CB : le recours à la CB est un phénomène en pleine expansion et l'augmentation constante de la file active des patients opérés dans les ES concernés (CSO et non CSO) qu'il induit va de pair avec l'accroissement du nombre des perdus de vue (cf. annexe 2). L'enquête précitée montre que les CSO rencontrent les mêmes obstacles que les autres ES en matière de prise en charge des personnes obèses.

[473] S'agissant de la prise en compte de la dimension diététique par les CSO, ceux-ci :

- se félicitent de l'effort réalisé en matière de formation des personnels et de leur implication, de l'harmonisation croissante des pratiques, des partenariats noués avec les professionnels libéraux et de la participation des diététiciens à la coordination avec les équipes médicales et chirurgicales ;
- mais pointent le manque de temps et de personnel, ainsi que l'absence de remboursement en ville et de financement à l'hôpital.

[474] S'agissant de la prise en compte de la dimension psychologique par les CSO, ceux-ci :

- se félicitent des pratiques qui se sont développées en matière d'accompagnement individuel et de groupe, d'auto-questionnaires et de présence de psychiatres dans le processus de prise en charge ;
- mais pointent le manque de pédopsychiatres et aussi, comme pour la diététique, le manque de temps et de personnel, ainsi que l'absence de remboursement en ville et de financement à l'hôpital.

[475] S'agissant de la prise en compte de la dimension « activité sportive » par les CSO, ceux-ci :

- se félicitent de l'existence de programme d'ETP, de l'embauche d'enseignants en activité physique adaptée (EAPA), d'actions de collaboration avec la médecine du sport et de partenariats extérieurs ;
- mais pointent le manque d'EAPA et de masseurs kinésithérapeutes, l'insuffisant recours à eux dans la prise en charge des patients, le manque de temps pour ces professionnels et de place dans les établissements, le décalage entre la demande et l'offre.

[476] Le GCC déplore enfin la difficulté que rencontrent les CSO - difficulté qui été confirmée à la mission par les CSO publics visités - pour absorber les flux de patients nouveaux, induisant la constitution de listes d'attente qui poussent des patients à recourir en deuxième intention à des ES non CSO.

[477] Enfin, les CSO - pas plus que les ES non CSO - ne semblent pouvoir garantir une offre et une expérience complète sur les trois techniques opératoires puisque, selon les données fournies à la mission par l'ATIH, 16 CSO, soit un peu moins de la moitié des 37 CSO existants, n'ont pas posé d'anneaux en 2016.

[478] Les observations de la mission rejoignent l'affirmation du GCC selon laquelle les CSO coordonnent mieux les parcours et offrent un meilleur suivi post-chirurgical. S'il semble difficile de qualifier précisément l'action des ES dans ces domaines³⁰⁷, la mission a cependant pu observer sur le terrain que, parmi l'ensemble des établissements qu'elle a visités, les obstacles à la qualité des parcours et au suivi post chirurgical - s'ils existaient effectivement pour tous les ES aussi bien CSO que non CSO - étaient deux problématiques que ces derniers, en particulier les CSO sous statut public - pouvaient mieux résoudre du fait de leurs capacités à mobiliser un éventail plus large de moyens.

[479] Comme la mission l'indique pour l'ensemble des ES dans les annexes 2 et 3 du présent rapport, la qualité de la prise en charge des personnes obèses, évidemment variable d'un établissement à l'autre, se heurte à des difficultés récurrentes : manque ou indisponibilité des compétences, faible pluridisciplinarité des équipes, insuffisante participation aux RCP³⁰⁸, éventail incomplet des techniques d'interventions proposées aux patients et difficultés de financement de la prise en charge en hôpital de jour. Mais ces difficultés, générales à l'ensemble des ES, sont moins prégnantes dans les CSO que dans les autres ES du fait de leur taille, de la plus grande diversité des professionnels dont ils disposent, des compétences que les CSO réunissent et de l'éventail des prises en charge qu'ils doivent assurer.

[480] Citons à titre d'exemple concret le temps nécessaire à la tenue des RCP dites « de recours » ou « régionales » organisées à l'initiative des CSO, temps qui apparaît davantage problématique dans les ES non CSO que dans les CSO car il n'est pas compté dans le temps médical couvert par le tarif des personnels médicaux (chirurgiens, médecins, psychiatres, nutritionnistes...) et para-médicaux (psychologues, MK, diététiciens...), en particulier ceux qui exercent en établissements privés dont les prestations ne bénéficient pas d'une prise en charge dédiée par l'assurance maladie.

2.4.4 Les personnes opérées dans les CSO sont dans une situation d'obésité plus grave que celles qui sont opérées dans les établissements non CSO

[481] Le tableau ci-dessous, réalisé à partir des données produites par l'ATIH à la demande de la mission, montre que la part des CSO dans le nombre des interventions de CB réalisées par l'ensemble des ES est à peu près stable depuis 2012. Il montre également que :

- les CSO opèrent davantage de personnes présentant un IMC très élevé que les établissements non CSO (+ 6,2 % sur les IMC > 40) qui, a contrario, opèrent davantage de patients présentant un IMC plus faible ;
- de la même façon, les CSO opèrent légèrement plus de personnes classées dans les niveaux de sévérité les plus élevés³⁰⁹ que les établissements non CSO (+ 1,1 % sur les niveaux 3 et 4) qui, a contrario, opèrent d'avantage de patients moins sévèrement atteints (niveaux 1 et 2) ;

³⁰⁷ Faute notamment de définition précise et partagée par l'ensemble des ES et des acteurs des termes de « parcours » et de « suivi ».

³⁰⁸ Voir absence de RCP dans certaines structures.

³⁰⁹ Les complications ou morbidités associées : Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », i.e. sans sévérité significative. Leur rôle est de permettre de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code de la CIM-10 est considéré comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour.

- la technique du By pass est beaucoup plus pratiquée dans les CSO que dans les ES non CSO (+ 12,4 %) ; la technique de l'anneau est légèrement plus pratiquée dans les CSO (+ 1,9 %) et, à l'inverse, les ES non CSO pratiquent beaucoup plus la sleeve (+ 14,2 %). La plus grande place faite à l'anneau dans les CSO s'explique probablement par le fait que, conformément à l'instruction de juillet 2011, cette technique y est plus systématiquement proposée. Quant au Bypass, sa plus grande fréquence dans les CSO traduit sans doute un recrutement de patients plus complexes.

Tableau 7 : Comparaison entre les interventions de CB (nombre, sévérité, IMC et techniques utilisées) pratiquées dans les CSO et celles pratiquées dans les établissements non CSO

	CSO	%	HORSCSO	%	TOTAL
Nombre de CB					
En 2012	9795	20,7 %	37411	79,3 %	47206
En 2016	12363	20,3 %	48420	79,7 %	60783
Niveau de sévérité (2016)*					60913
Niveau 1	9502	78,8 %	38964	79,8 %	48466
Niveau 2	2076	17,2 %	8457	17,3 %	10533
Niveau 3	357	3,0 %	1090	2,2 %	1447
Niveau 4	126	1,0 %	341	0,7 %	467
IMC 2016					60783
[30-40[	3563	28,8 %	17593	36,3 %	21156
[40-50[	6388	51,7 %	23392	48,3 %	29780
>= 50	1337	10,8 %	3857	8,0 %	5194
Technique CB 2016					53358
Anneau	650	5,8 %	1641	3,9 %	2291
By pass	4411	39,3 %	11320	26,9 %	15731
Sleeve	6175	55,0 %	29161	69,2 %	35336

Source : mission à partir de données ATIH/PMSI et sur la base de la liste des 44 ES identifiés CSO par la HAS

2.5 Les CSO remplissent leurs missions dans un cadre concurrentiel

2.5.1 La prise en charge des obèses sévères / complexes est assurée par l'ensemble des ES pratiquant la CB, sans que les CSO en aient l'exclusivité

[482] La mission a pu constater lors de ces échanges approfondis avec des CSO/CIO et plusieurs établissements non CSO, que les patients obèses étaient pris en charge dans les structures non CSO sans que le critère de la « sévérité » ou de la « complexité » de leur situation prévu par le cahier des charges des CSO soit un motif systématique de réorientation vers un CSO.

[483] Les pratiques varient d'un établissement de santé à l'autre, CSO et non CSO. Si tous accueillent les patients qui se présentent spontanément à eux ou qui leurs sont adressés :

- certains se contentent d'orienter les patients qui ne justifient pas d'un parcours pré-opératoire vers un autre mode de prise en charge (éventuellement dans le cadre d'une filière qu'ils ont eux-mêmes développée) ;
- d'autres – notamment ceux qui ont développé d'importants moyens non chirurgicaux – assurent eux même une prise en charge médicale (diététique, activité physique, accompagnement psychologique) destinée à éviter le recours à la chirurgie ;

- dans d'autres encore, où la chirurgie et les chirurgiens ont un rôle prédominant, ont tendance à orienter les patients vers cette solution et vers les services hospitaliers correspondants dès qu'ils remplissent les conditions d'éligibilité.

[484] S'agissant des CSO, lorsqu'un patient obèse sévère « non complexe / non sévère » se présente en consultation ou lui est adressé par un médecin libéral généraliste ou spécialiste, le CSO soit le prend en charge lui-même dans le cadre d'un parcours médical, soit le réoriente vers une autre structure non chirurgicale (SSR, réseau de soins, ETP...). À l'inverse, dès lors que l'offre en établissements pratiquant la chirurgie bariatrique est abondante, un établissement non CSO ne réoriente pas nécessairement un patient complexe vers le CSO, en particulier si le chirurgien de cet établissement estime être en mesure de l'opérer lui-même. La fonction de 3ème recours qui a été confiée aux CSO par l'instruction DGOS de juillet 2011 n'empêche donc pas les établissements non CSO d'intervenir aussi en 3ème recours.

[485] Cette situation est rendue possible par le fait que les patients ne font pas l'objet d'un tri et d'une orientation systématique en amont de l'accueil en établissement. L'adressage des patients n'est aujourd'hui en effet ni organisé ni protocolisé et est, dans les faits, libre et spontané : certains patients peuvent par exemple être adressés par leur médecin généraliste à un chirurgien spécialiste exerçant dans un établissement public ou privé disposant d'une unité de prise en charge de l'obésité et/ou de chirurgie bariatrique ; d'autres patients prennent rendez-vous directement avec un chirurgien spécialisé ou dans un établissement de santé proche de leur domicile (le plus souvent non CSO, parfois CSO), ou avec un chirurgien ou un établissement qui leur a été recommandé par telle ou telle source (pas nécessairement médicale ni correctement informée), voire trouvé sur internet. S'agissant de l'accueil des mineurs et comme déjà indiqué infra, seuls 9 des 38 établissements qui ont opéré des mineurs en 2015 étaient des CSO (données CNAMTS).

[486] Les médecins généralistes, pas toujours au fait des évolutions rapides en matière de prise en charge de l'obésité et aux indications de la chirurgie bariatrique (cf. annexes 2 et 3), peuvent se trouver en difficulté pour aider leurs patients à s'orienter vers le bon établissement. Au final, c'est généralement le chirurgien qui s'avère être le prescripteur d'une intervention chirurgicale alors même que la décision médicale doit être collégiale (RCP) et qu'il n'est pas le plus à même d'assurer la prise en charge « globale » postérieure à l'opération (cf. annexe 2).

[487] La classification précitée en trois niveaux de recours (quatre avec les CIO) deviendrait pleinement opératoire si les patients obèses étaient évalués et orientés dès leur entrée dans le système de soins en fonction de la sévérité de leur cas et des moyens techniques et médicaux nécessaires à leur prise en charge, et que les structures correspondant aux niveaux de recours 1 et 2 réorientaient le cas échéant vers les niveaux 3 et 4 les patients dont l'état le justifie.

[488] Il apparaît donc que les effets de concurrence et l'absence de tout dispositif de tri / sélection / orientation amont des patients ne permettent pas aux CSO de jouer pleinement leur rôle de 3ème recours, et que la segmentation en trois niveaux de prise en charge inscrite dans le PO ne se vérifie pas complètement dans la réalité :

- les CSO/CIO ne prennent pas seulement en charge des patients complexes et/ou vulnérables ;
- des établissements non CSO/CIO prennent en charge des patients complexes et/ou vulnérables relevant en théorie de la compétence des CSO/CIO.

[489] Dans les faits, la catégorisation des patients éligibles aux CSO /CIO établie par le cahier des charges s'avère donc peu réaliste :

- elle repose sur le présupposé erroné selon lequel un établissement de santé sélectionnera ses patients et les réorientera spontanément le cas échéant, et que s'il n'est pas CSO/CIO, il refusera d'accueillir les personnes obèses complexes et/ou vulnérables ;
- elle omet de prendre en compte les phénomènes de concurrence entre praticiens et entre établissements de santé.

2.5.2 Les données disponibles ne permettent pas de savoir si les CSO accueillent plus de patients en situation de vulnérabilité économique ou sociale que les autres établissements

[490] Compte tenu de la qualité insuffisante de la saisie des informations sur la CMU des patients dans le PMSI, il n'a pas été possible à la mission de savoir si les CSO accueillent plus de patients en situation de vulnérabilité économique ou sociale que les autres établissements non CSO. Tout laisse seulement à penser que les CSO, accueillent – modulo d'éventuelles listes d'attente - toutes les personnes qui se présentent à eux (spontanément ou adressées par un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en libéral ou par un autre établissement de soins) et qui relèvent d'une prise en charge hospitalière, quelle que soit la situation économique ou sociale de ces personnes.

[491] Le sujet est d'importance s'agissant de l'obésité puisque, comme le montre le tableau suivant (aussi présenté dans l'annexe 3) issu des travaux pilotés par la CNAMTS sur les dépenses remboursées par l'Assurance maladie et les dépassements d'honoraires³¹⁰, les personnes obèses sont particulièrement vulnérables économiquement et socialement :

- 17 % des patients ayant subi une intervention de chirurgie bariatrique en 2011 étaient bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMUC), contre 10 % dans la population générale ;
- 65 % des séjours étaient réalisés dans le privé, et un dépassement en secteur privé était observé pour 74 % des séjours. Quand il y avait dépassement, le montant moyen était de plus de 1000 € et le montant médian de 800 €, avec des variations selon les techniques chirurgicales montrant que l'anneau était la technique la moins « chère » :

Tableau 8 : Dépassements d'honoraires en matière de chirurgie bariatrique

Dépassements d'honoraires	Médian	Moyen
Toutes techniques de CB	800€	1 009€
dont Anneau	700€	847€
Sleeve	800€	971€
Bypass	1 050€	1 250€

Source : Groupe de travail spécifique du conseil scientifique de la CNAMTS (2010-2013, Groupe pertinence des actes).

³¹⁰ Groupe de travail spécifique du conseil scientifique de la CNAMTS / 2010-2013, Groupe pertinence des actes : Sébastien Czernichow, David Nocca, Stéphane Rican, Jean-Christophe Thalabard, Elisabeth Fery-Lemonnier, Arnaud Basdevant, Bertrand Millat. - CNAMTS : Anne Fagot-Campagna (endocrinologue, épidémiologiste), Michel Païta, Alain Weill, Michel Marty, Dominique Ména-Dupont, Luc Barret (Médecin conseil national).

2.5.3 Les CSO publics réalisent près des trois quarts des interventions de chirurgie bariatrique pratiquées dans les CSO

[492] La mission s'est rendue dans l'un des trois CSO sous statut privé à but lucratif³¹¹ ainsi que dans deux autres ES privés non CSO ayant une très forte activité de CB. Ces derniers ont tous deux exprimé leur regret de ne pas avoir été choisis en 2012 pour être CSO alors que, selon eux, leur volume d'activité en CB le justifiait. Le choix initial des CSO tel qu'il a été arrêté en 2012 fait donc toujours débat pour certains ES. L'appel à candidature lancé à l'époque a été vécu par la plupart des ES concernés comme une façon d'obtenir un « label », une reconnaissance officielle de leur expertise, avec les enjeux économiques et commerciaux que cela induit pour les ES privés, et publics également, qui sont de fait tous en concurrence.

[493] Le tableau ci-dessous montre que les CSO publics réalisent 73,6 % des interventions de CB réalisées dans l'ensemble des CSO publics et privés ; cette part a légèrement augmenté entre 2012 et 2016 (+ 3,5 %). Il montre également :

- que les CSO publics opèrent plus de personnes présentant un IMC très élevé (+ 19,6 % sur les IMC > 40) et classées dans les niveaux de sévérité les plus élevés³¹² (+ 3,6 % sur les niveaux 3 et 4) que les CSO privés ;
- que les techniques de l'anneau et du bypass sont moins pratiquées dans les CSO publics que privés (respectivement - 13,1 % et - 3,5 %) et que la technique de la sleeve est nettement plus pratiquée dans les CSO publics que privés (+ 12,7 %). De façon générale, l'anneau et le bypass sont des techniques plus pratiquées dans le secteur privé que dans le secteur public sans que ce constat puisse être mis en regard des recommandations de la HAS (cf. annexe 2). Dans le cas des CSO, l'écart observé dans les pratiques tient essentiellement à la répartition différente des techniques dans deux des CSO privés (clinique de La Sauvegarde à Lyon et CH St. Grégoire en Bretagne) qui représentent à eux seuls un volume d'activité chirurgicale très important, et qui font proportionnellement moins de sleeve que dans le secteur public.

³¹¹ Centre hospitalier privé Saint-Grégoire en Bretagne, clinique de La Sauvegarde à Lyon et clinique Princess de Pau.

³¹² Les complications ou morbidités associées : Selon l'importance de leur effet sur la durée de séjour, les codes de CMA sont répartis selon quatre niveaux de sévérité numérotés 1, 2, 3 et 4 ; le niveau 1 correspondant au niveau « sans CMA », i.e. sans sévérité significative. Leur rôle est de permettre de prendre en compte la gravité des cas. Par rapport à des séjours non compliqués, un code de la CIM-10 est considéré comme une complication ou morbidité associée (CMA) si sa présence engendre une augmentation significative de la durée de séjour.

Tableau 9 : Comparaison entre les interventions de CB (nombre, sévérité, IMC et techniques utilisées) pratiquées dans les CSO publics et celles pratiquées dans les CSO privés

	PRIVE	%	PUBLIC	%	TOTAL
Nombre de CB					
En 2012	2932	29,9 %	6863	70,1 %	9795
En 2016	3261	26,4 %	9102	73,6 %	12363
Niveau de sévérité*	PRIVE	%	PUBLIC	%	12061
Niveau 1	2784	91,1 %	6718	74,6 %	9502
Niveau 2	231	7,6 %	1845	20,5 %	2076
Niveau 3	33	1,1 %	324	3,6 %	357
Niveau 4	7	0,2 %	119	1,3 %	126
IMC					12363
[30-40[	1357	41,6 %	2206	24,2 %	3563
[40-50[	1386	42,5 %	5002	55,0 %	6388
>= 50	204	6,3 %	1133	12,4 %	1337
Technique CB*					11236
Sleeve	1218	45,3 %	4957	58,0 %	6175
Anneau	419	15,6 %	231	2,5 %	650
By pass	1054	39,2 %	3357	35,7 %	4411

Source : mission à partir de données ATIH/PMSI et sur la base de la liste des 44 ES identifiés CSO par la HAS

3 LES CSO CONSTITUENT UN DISPOSITIF PEU VISIBLE ET INSUFFISAMMENT FINANCE ET SOUTENU, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE REGIONAL

3.1 Les CSO n'ont pas le financement ni le soutien nécessaire pour assurer leurs deux missions principales de coordination des soins et d'animation territoriale

3.1.1 Les ressources des CSO sont aléatoires et leur ordre de grandeur au niveau national semble faible au regard des enjeux

Prévu initialement pour 70 000 € par an et par CSO pendant deux ans, le financement de ces derniers a été officiellement pérennisé en 2014

[494] Le plan obésité prévoyait un financement pour chaque CSO, sur 2 ans, sous la forme de crédits d'aide à la contractualisation (AC/R). L'instruction de juillet 2011 indiquait :

- « Le ministère prévoit le financement des missions de coordination pour l'organisation de l'offre et la diffusion des compétences d'au maximum trente-sept centres pour une durée de deux ans, non reconductibles, sous forme d'aides à la contractualisation (AC) »³¹³ ;
- « En fonction des besoins et des initiatives régionales, les ARS peuvent aller au-delà sans financement supplémentaire de la part du ministère ».

³¹³ La répartition des 37 centres (modifiée postérieurement) était précisée dans un tableau joint en annexe à l'instruction.

[495] Un montant de 70 000€ a été accordé à partir de 2012 à chaque ES support de CSO³¹⁴. À partir de 2013, afin de leur permettre de financer leur mission de coordination, le financement des CSO a finalement été déclaré pérenne par la DGOS (crédits dit « reconductibles ») et a en outre été sorti de l'enveloppe des crédits d'aide à la contractualisation pour être transféré au FIR.

Les ressources qui ont été attribués aux CSO depuis leur création sont impossibles à évaluer précisément

[496] Le rapport d'analyse statistique établi par l'observatoire des CSO sur la période 2012 – 2014 ne fournit aucune donnée utile sur le financement des CSO, le chapitre relatif à leur fonctionnement ne comportant que des indicateurs d'activité mais pas de données financières.

[497] Selon les réponses des ARS au questionnaire que leur a adressé la mission, 23 CSO auraient été financés en 2016 sur le FIR³¹⁵ pour un montant total de 1 772 000 €. Ce montant est à prendre avec prudence :

- la rubrique « financement » du questionnaire qui demandait aux ARS d'indiquer le montant qu'elles avaient accordé aux CSO en 2012 et en 2016 sur le FIR (CSO) et sur MIG (transports bariatriques) est dans l'ensemble peu et mal renseignée ;
- ce montant est issu des réponses qui ne concernent que 23 CSO sur 37, et 11 ARS sur 17 ayant renseigné le questionnaire au titre de l'année 2016 ;
- sur les 23 CSO qui ont déclaré être financés en 2016, 17 indiquent avoir bénéficié d'une dotation de 70 000€³¹⁶, or on peut légitimement se demander si cette déclaration ne résulte pas d'un raisonnement « automatique » mais périmé puisque rien ne garantit ni ne prouve - faute d'un suivi individualisé au sein du budget des ARS et des ES support des CSO (sauf exception) - que ce montant, même s'il a bien été prévu initialement pour les CSO puis déclaré reconductible à partir de 2014, est toujours aujourd'hui effectivement affecté aux CSO.

[498] Il ressort de ces éléments, complétés par les informations obtenues auprès de la DGOS (qui ne consolide pas ces données - trop détaillées - au niveau national) et des pratiques indiquées par les ARS et CSO rencontrés par la mission, qu'il existe en effet aujourd'hui une forte incertitude sur le montant réel des ressources dont disposent effectivement les CSO sur le FIR, et de leurs dépenses :

- les CSO, qui ont vocation à regrouper plusieurs services logés dans un ou plusieurs ES, sont des entités sans budget propre du fait de leur absence de statut administratif et/ou de personnalité juridique ; ils n'ont donc pas de visibilité « naturelle » sur le montant et l'utilisation des crédits qui leurs sont attribués par l'ARS via l'ES support, crédits que cet ES peut d'ailleurs décider à son niveau de ne pas affecter au CSO (ou de ne lui affecter qu'en partie) ;

³¹⁴ Modulo : 1/ les deux CSO privés (La Sauvegarde en Rhône-Alpes et St. Grégoire en Bretagne) qui n'ont alors pas été bénéficiaires de crédits supplémentaires pour leur nouvelle activité de SCO - 2/ Le CSO de Guadeloupe qui, selon des informations transmises au GCC CSO, n'aurait jamais bénéficié de cette dotation conservée à son niveau par le CHU.

³¹⁵ Et des dépenses de transports bariatriques sur MIG pour des montants variables d'une année sur l'autre et d'une ARS à l'autre (MIG QO pour un montant de 28 000€ dédié aux transports bariatriques signalé par 6 ARS).

³¹⁶ De 60 000 à 90 000 € / an et par CSO en région Nouvelle Aquitaine (incluant le financement des filières) ; 141 190€ chacun pour HCL et le CHU de Grenoble.

- certaines ARS auraient interrompu le financement de leurs CSO à partir de 2014 en décidant d'appliquer l'instruction initiale limitant leur financement à deux ans ; d'autres ARS auraient inscrit la dotation initiale de 70 000 € en base dans le budget des ES de rattachement des CSO sans pour autant la flécher au motif que ces ES étaient autonomes dans leur gestion ; d'autres ARS enfin auraient reconduit cette dotation et réussi à la flécher d'une année sur l'autre depuis 2012³¹⁷.

[499] Cette image floue des ressources financières des CSO a été confirmée par l'enquête réalisée par le GCC-CSO auprès de l'ensemble des CSO en septembre 2017 (présentée lors du séminaire CSO-DGOS du 4 octobre 2017³¹⁸) dont les résultats montrent que les ressources accordées aux CSO sont peu lisibles et pas traçables. Il ressort en effet de cette enquête établie à partir des éléments déclaratifs fournis par les CSO que 6 CSO n'auraient pas reçu de dotation en 2017 (dont un depuis 2012 !), que seulement 2 CSO auraient bénéficié d'une dotation en hausse et que seulement 59 % des CSO sont en mesure d'affirmer que leur dotation a été entièrement utilisée.

[500] Il est en outre apparu lors des échanges intervenus au cours du dernier séminaire DGOS – CSO que certains CHU ou CH de rattachement des CSO prélevaient des frais de gestion sur l'enveloppe de crédits accordée par l'ARS, frais qui, selon les personnes qui se sont exprimées, se situeraient dans une fourchette allant de 7 % à 20 %.

[501] L'enquête conclut également à la faible traçabilité des dotations et de l'utilisation des crédits par les établissements supports des CSO : 7 % de ceux-ci déclaraient ne pas la connaître, 15 % qu'elle avait uniquement permis de financer le poste de coordonnateur administratif, et 78 % ce même poste et d'autres dépenses telles que :

- du temps professionnel correspondant parfois à des soins (secrétariat, psychologue, diététicien, prestation d'activité physique...) ;
- des séances d'éducation thérapeutiques ;
- des journées et réunions de sensibilisation et de formation, dont les journées régionales de l'obésité ;
- des actions de communication, notamment un site internet ;
- des frais de fonctionnement et de mission, des projets et outils.

[502] La mission souhaite faire observer au passage qu'il serait anormal que des dépenses de soins et d'ETP, qui apparaissent dans les deux premiers postes d'emploi des crédits cités ci-dessus, soient financées sur les dotations de fonctionnement des CSO. Dans les ES qui choisissent de les inclure dans leurs prestations, de telles dépenses, même non ou mal prises en charge en ville par l'assurance maladie, relèvent des soins couverts par la tarification à l'activité et n'ont donc pas à être facturées aux CSO sur leur budget de fonctionnement.

L'ordre de grandeur connu des ressources des CSO apparaît faible au regard de leur rôle dans la prise en charge de l'obésité

[503] Au final, le chiffre de 1 772 000 € de financement des CSO pour 2016 France entière apparaît donc comme un ordre de grandeur de ce qu'ils ont reçu, et la mission ne peut que souligner sa modestie en valeur absolue au regard des missions de coordination et d'animation territoriale portées par les CSO et des enjeux associés à la prise en charge de l'obésité.

³¹⁷ L'ARS Occitanie a indiqué à la mission avoir recouru à la comptabilité analytique pour flécher les dépenses que les ES de rattachement des CSO leur consacrent.

³¹⁸ 35 CSO ont répondu à cette enquête sur les 37 existants, soit un taux de réponse de 95%.

3.1.2 Les CSO ne parviennent pas à remplir l'intégralité de leurs missions

[504] Les CSO ont une triple mission de coordination :

- coordination intra-hospitalière des soins entre les différents et nombreux services (voire établissements) d'un même CSO qui sont appelés à participer à la prise en charge d'un patient et à son « parcours hospitalier » (nutrition, psychiatrie, endocrinologie, médecine générale, réanimation, imagerie, chirurgie...) ;
- coordination extra hospitalière des soins entre les différentes parties prenantes au CSO qui constituent la filière de prise en charge : réseaux d'ETP, SSR, USLD, centres de rééducation, médecins de ville spécialistes (dont psychiatres et pédiatres) et généralistes, maisons et centres de santé, professionnels para-médicaux libéraux (diététiciens, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes), structures et professionnels de l'activité physique adaptée...
- coordination territoriale des acteurs consistant à identifier, mobiliser, structurer et coordonner de façon permanente l'ensemble des acteurs présents sur le territoire (dont les associations de patients, les collectivités territoriales, les services de l'État...) pouvant contribuer à la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes obèses.

La coordination intra-hospitalière des soins n'est pas encore généralisée dans tous les CSO faute de financement

[505] Les résultats de l'enquête et les constats de terrain faits par la mission indiquent que cette fonction de coordination intra-hospitalière n'est toujours pas généralisée. Financée dans 90 % des cas sur la dotation que l'ARS accorde au CSO sur le FIR (via le budget de l'ES de rattachement du CSO), la fonction de coordination apparaît encore incertaine, et la situation des coordonnateurs fragile et précaire :

- 4 CSO sur 37 n'ont toujours pas de coordonnateur administratif ;
- dans les régions et les CSO où il y a un ou des coordonnateurs, leur nombre, leur origine et leur répartition varie beaucoup d'une région et d'un CSO à l'autre :
 - 24 CSO (66 %) ont un seul coordonnateur, deux CSO en ont deux et un CSO en a même trois ;
 - deux régions ont un seul coordonnateur pour deux CSO, et une région en a même un seul pour quatre CSO ;
 - dans deux CSO, la fonction de coordination administrative est assurée par un responsable médical ;
- le financement qui leur est accordé ne permet qu'à 9 CSO de disposer d'un coordonnateur à temps plein, le temps de travail financé étant en moyenne de 57 % sur l'ensemble des CSO répondants ;
- 55 % des coordonnateurs présents sont contractuels (26 % en contrat à durée déterminée) et 45 % statutaires, mais 30 % d'entre eux ne savait pas en septembre 2017 si leur poste serait renouvelé en 2018 et le turn over sur le poste est indiqué comme important ;
- les coordonnateurs sont issus de professions et de métiers variés : 20 % d'attachés d'administration hospitaliers, 16 % de PH, 16 % de chargés de projet, 16 % de diététiciens, 12 % d'ingénieurs, 6 % de PU/PH et 3 % de chacune des quatre professions suivantes : adjoint médico- administratif, infirmier, cadre de santé, psychologue et autre cadre.

La coordination extrahospitalière des soins (filiales) et l'animation territoriale ne sont pas encore pleinement assurées par les CSO

[506] Les CSO ont pour mission de contribuer à organiser la filière de prise en charge de l'obésité dans la région. Au titre de cette mission, le cahier des charges des CSO joint à l'instruction DGOS de juillet 2011 précise les champs sur lesquels les travaux de coordination et de coopération externes sont prioritaires (« liste non exhaustive ») : *« pour renforcer l'intégration territoriale, le centre spécialisé déploie une démarche de coordination (réunions, formations, écriture de documents partagés) avec la médecine de ville (généralistes, pédiatres, spécialistes), les réseaux de type REPPOP, les associations, les acteurs du champ social et médico-social, les établissements de santé prenant en charge des patients obèses qu'ils soient autorisés en médecine, chirurgie, obstétrique, en soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en soins de longue durée (USLD). Il est recommandé que le centre spécialisé s'associe à une structure de pédiatrie spécialisée dans la prise en charge des obésités de l'enfant et de l'adolescent. »*

Le cahier des charges donne également des indications précises sur les partenariats que doivent nouer les CSO : *« pour répondre à la logique générale de gradation des soins et garantir la cohérence avec les autres mesures du plan obésité, des partenariats spécifiques doivent être établis et formalisés :*

- *avec un établissement autorisé en SSR. La mesure 1.6 du plan obésité prévoit en effet d'assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée (IMC 35 ou poids 135 kg) à des prises en charge adaptées en SSR. Il est prévu qu'un établissement autorisé en SSR par région assume cette responsabilité en lien avec un centre spécialisé ;*
- *avec les réseaux de prise en charge de l'obésité enfant et/ou adulte. La mesure 1.5 a en effet pour objectif d'établir un diagnostic territorial des besoins pour structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité puis de structurer le déploiement des réseaux et de la coordination des soins pour la prise en charge de l'obésité, en utilisant l'expertise et le savoir-faire des réseaux existants. Dans ce cadre, les centres spécialisés devront organiser la création de filières territoriales en lien avec les réseaux spécialisés. »*

[507] Il ressort des réponses au questionnaire adressé par la mission aux ARS et de ses constats de terrain que l'animation et la coordination territoriale confiée aux CSO est inégalement exercée par eux si l'on en juge par le faible nombre déclaré de filières (33 filières dans 10 régions) et de partenariats avec d'autres établissements dans la plupart des régions, leur répartition inégale d'une région à l'autre (de 1 à 7 filières pour les ARS qui en déclarent au moins une) et la diversité des situations observées :

- dans une région, l'ARS indique que les 2 CSO n'exercent pas encore la mission d'animation et de coordination territoriale qui *« nécessite la définition et la mise en œuvre de modalités de coordination entre les acteurs qui n'existent pas ou peu actuellement »* ;
- dans une autre région, l'ARS déclare 6 conventions signées et 9 en projet pour l'ensemble des 4 CSO de la région.

[508] S'agissant plus précisément des filières :

- 10 ARS seulement déclarent des filières (59 % des ARS) et 8 indiquent par qui ces filières sont organisées : un CSO ou un CHU (mais confusion possible car le CSO est souvent hébergé par le CHU) ;
- le nombre total de filières déclarées France entière s'élève à 33, soit moins d'une filière par CSO. Plusieurs régions déclarent ne pas en avoir (et certaines ne déclarent rien). Le nombre maximum de filières dans les 10 ARS répondantes est de 7 (1 ARS), le nombre minimum de 1 (2 ARS) avec en moyenne 3,5 filières par ARS ;

- le rôle des filières varie fortement d'une région à l'autre, leurs actions semblant parfois recouvrir le périmètre d'ensemble des missions du CSO et parfois aller au-delà en incluant par exemple les transports bariatriques. La façon inégale dont la rubrique « filières » est renseignée montre par ailleurs que les ARS ne donnent pas toutes le même sens à ce concept.

3.1.3 Les CSO ne sont pas tous visibles faute d'un soutien suffisant de la part des ARS, et manquent souvent de moyens pour remplir leurs missions de communication et de formation

[509] Au-delà de la fonction de coordination, les CSO sont censés pouvoir financer aussi des actions liées à leurs autres missions prévues par l'instruction de juillet 2011 et génératrices de dépenses de fonctionnement et de déplacement, telles que des actions de communication sur l'offre et l'organisation des soins à destination des personnes obèses et des professionnels (annuaires, site internet...), des actions de sensibilisation et de formation au profit des professionnels...

La visibilité des CSO est inégale et insuffisante

[510] Au niveau national, la liste des CSO mise en ligne en 2012 sur le site du ministère de la santé, même si son but premier n'était sans doute alors pas d'aider à l'orientation des patients, est source de confusion pour les professionnels et les usagers du système de soins qui ne savent pas vraiment s'ils doivent s'adresser à l'établissement mentionné comme étant le CSO (mais dont ils ignorent l'offre) ou à l'un de ses partenaires (dont ils ignorent également l'offre).

[511] Au niveau régional, toutes les ARS n'ont pas de page dédiée ou de lien qui renvoie au(x) CSO de la région. Au niveau local, un test réalisé sur un échantillon de sites internet de CSO montre que ces ambiguïtés ne sont pas toujours levées par la proximité. Si des sites présentent clairement leur offre de prise en charge, comme par exemple celui du CSO de Toulouse, des deux CSO de la région des Pays de la Loire, les deux CSO de la région PACA, ou le CSO de Clermont-Ferrand, tous les CSO n'ont pas de site et les pages de ceux qui en ont un ne sont pas toujours aisément accessibles ou visibles³¹⁹. Parmi ceux qui en ont un, tous n'ont pas la même lisibilité pour les professionnels de santé et/ou le grand public.

Extrait de la page d'accueil du CSO de Nantes, rebaptisé « CSO Ouest Atlantique » :

présentation

venir en consultation

être hospitalisé

éducation thérapeutique

centre spécialisé de l'obésité

maladies rares

recherche

questions fréquentes

Twitter Facebook J'aime 4 G+

Issus du Plan obésité 2010-2013, les centres spécialisés de l'obésité (CSO) sont au nombre de 37 en France, dont deux en Pays de la Loire : le CSO Ouest Atlantique et le CSO Anjou Maine.

Le CSO Ouest Atlantique regroupe cinq établissements :

- le CHU de Nantes;
- la clinique Jules-Verne à Nantes;
- la clinique Brétèche;
- la clinique de l'Estuaire à Saint-Nazaire;
- Le SSR Le Bois Rignoux (Vigneux-de-Bretagne) et La Tourmaline (Saint-Herblain).

Le CSO Ouest Atlantique a vocation à s'ouvrir à d'autres partenaires acteurs de la filière obésité : le CHD Vendée, la clinique Saint-Charles à la Roche-sur-Yon, la clinique Saint-Augustin à Nantes, les associations de patients Phoenix 44 et OLA comptent désormais parmi ses partenaires.

[Retrouvez toutes les coordonnées des établissements.](#)

domaines d'expertise

³¹⁹ Le site du CSO n'est parfois apparent que dans les services et/ou prestations offerts par l'établissement qui les héberge.

Certains sites internet montrent que des CSO ont par exemple choisi de privilégier une communication visuelle mettant en avant le « label » CSO (qui n'en est pourtant pas un à proprement parler !), mais sans véritable contenu informatif sur les modalités de prise en charge offertes.

Les actions de sensibilisation et de communication des CSO sur leurs missions et leur rôle en matière de formation des professionnels et de collaboration avec les usagers (associations de patients) ne sont pas assez financées et soutenues par les ARS

[512] Les constats établis par la mission sur le terrain corroborent les résultats de l'enquête réalisée par le GCC CSO en septembre 2017 auprès de l'ensemble des CSO et présentés lors du séminaire national des CSO du 4 octobre. Si la plupart des CSO se sont engagés dans une démarche active de communication sur leurs missions, leur rôle et leur offre de soins, de formation des professionnels et de collaboration avec les associations de patients, ils n'ont cependant pas les moyens et ne sont pas assez aidés pour la mener à bien.

[513] Parmi les points positifs relevés par l'enquête et la mission, on peut citer : l'existence d'un site internet (trois quarts des CSO) ; l'élaboration et la diffusion par les CSO de newsletters, de plaquettes et d'info à l'attention des médias et des professionnels ; l'organisation de journées régionales de l'obésité (61 % des CSO) ; la réalisation d'actions de formations et de journées de sensibilisation ; la tenue de RCP de recours associant les partenaires et l'élaboration de documents en commun avec ces derniers.

[514] Mais les sujets problématiques pointés par l'enquête restent nombreux et prégnants : méconnaissance de l'existence des CSO par le public et les professionnels concernés ; manque de moyens pour réaliser et financer une véritable communication (en temps pour actualiser le site internet, en financement pour organiser des actions de communication, en accès sous forme d'une page sur le site internet de l'ARS) ; faible lien avec les médecins libéraux en général et avec les médecins généralistes en particulier ; mauvaise entente entre CSO privés et CSO publics ; manque d'outils de coordination ; faiblesse des actions de terrain et insuffisance des relations avec les associations de patients³²⁰.

3.2 L'État et les ARS ne jouent pas pleinement leur rôle dans le pilotage national et régional des CSO

3.2.1 L'observatoire des CSO commun aux niveaux national et régional créé en 2013 n'est pas assez réactif

La DGOS s'est dotée en 2013 d'un observatoire dédié aux CSO dénommé « oNCSO »

[515] Les bases de données du PMSI et du SNIIRAM ne connaissent pas les CSO, ce qui n'a rien d'anormal car ces structures n'ont pas de statut juridique défini ni de budget indépendant de l'établissement auquel ils sont rattachés, et sont parfois organisés en réseaux d'établissements plus ou moins formalisés (comme c'est le cas dans les trois AP), sans consolidation nationale (voire régionale) des conventions qui sous-tendent ces réseaux.

³²⁰ Selon l'enquête réalisée par le GCC CSO en septembre 2017, 18 CSO entretiennent des relations avec 1 à 2 associations, 8 CSO avec 3 associations ou plus (jusqu'à 8), et 9 CSO n'ont pas relation avec une association.

[516] C'est sans doute pour compenser cette difficulté que, presque deux ans après la décision de création des CSO, un observatoire de ces structures a été créé par une instruction de la DGOS de juin 2013. Cet observatoire national des CSO - dit oNCSO - constitue à ce jour – hormis les actions réalisées par le GCC CSO (cf. infra) - le seul mode prévu de recueil des données d'activité des CSO et le seul outil dont dispose l'administration centrale pour suivre, évaluer et piloter leur action.

L'observatoire national des CSO.

Selon l'instruction N°DGOS/R4/2013/ du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité, l'oNCSO est « un système d'information qui va venir compléter la « plateforme o6 » pilotée par la DGOS³²¹. *« Partagé entre les 37 centres spécialisés, les ARS et l'administration centrale (DGOS) », il permet « la collecte d'informations thématiques directement auprès des établissements de santé, et met à leur disposition des restitutions dynamiques leur permettant de se comparer à des moyennes. »* La DGOS a fixé deux missions principales à cet observatoire :

- assurer un suivi fin et évaluer l'exercice de leurs missions et activités par les CSO : Il « reprend le suivi des missions des centres spécialisés de l'obésité décrites dans l'instruction Instruction N°DGS/DGOS/2011/I-190 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) ».... Il « permet de recueillir de manière simple des indicateurs d'activité, de fonctionnement et d'équipement. »... « C'est un outil destiné à évaluer et à accompagner le niveau d'activité et la réalisation des missions de chaque centre. ».

- donner à chaque CSO les moyens d'animer un réseau de professionnels, de constituer un annuaire, de proposer un retour d'informations et la production de statistiques comparatives à leur « partenaires » (définis comme les entités avec lesquelles les CSO établissent des liens par conventions) et de partager avec eux les informations collectées : *« Les données sont renseignées au fil de l'eau et formalisées dans un rapport annuel d'activité. »* ; l'oNCSO « permettra de réaliser un état des lieux dans les CSO et avec leurs partenaires relatif à :

- 1- La prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité sévère (compétences, équipements, RH disponibles...) ;
- 2- L'organisation de la filière de soins dans les régions (partenaires conventionnés, types de protocoles mise en place, bonnes pratiques, formations ...) ;
- 3- Le suivi des centres intégrés de l'obésité (maladies, rares, prise en charge complexes, recherche et publications...).

Au-delà des missions de l'oNCSO et de la « plateforme o6 » de la DGOS, l'objectif de ce système d'information est également, en mettant en partage les données d'activité, d'équipement et d'organisation de l'ensemble des CSO, de leur permettre de se comparer entre eux (retour d'expérience et bonnes pratiques), de donner les moyens à l'administration centrale de suivre leur montée en charge et de préparer leur évaluation future.

[517] L'instruction DGOS du 3 juin 2013 demande aux ARS, auxquelles l'observatoire « permettra d'avoir une vision globale de l'activité du ou des CSO de votre région, d'avoir un support d'animation par des modules statistiques et un outil de suivi de recueil dédié aux ARS », de suivre sa mise en place dans les CSO.

Les données produites à ce jour par l'oNCSO ne portent que sur les deux premières années de vie des CSO

[518] Selon les informations qu'elle a obtenues en octobre 2017, la DGOS n'avait commandé à l'oNCSO (et financé) que les rapports annuels d'activité afférents aux années 2012 à 2014. Les données nécessaires à l'établissement de ces rapports n'étaient en outre pas renseignées au fil de

³²¹ Toujours selon l'instruction, « Il s'agit du 9ème observatoire ouvert depuis 2010 par la DGOS (annuaire fonctionnel, SI de Santé, Comptabilité Analytique Hospitalière, Etablissements en difficulté, Violences en milieu de Santé, Santé des Personnes Détenues, Médecine Légale, Ressources Humaines) ».

l'eau, et ni cet outil ni l'usage qu'elles pouvaient en faire n'ont été mentionné par les ARS visitées par la mission.

[519] Il est dans ces conditions apparu difficile à la mission, faute de données exhaustives, fiables et récentes, d'apprécier le travail d'ensemble des CSO et d'évaluer leur contribution à la prise en charge de l'obésité sévère et morbide au sein du système de soins. La mission, qui n'avait pas pour mandat ni pour objectif d'évaluer les CSO ni d'auditer l'oNCSO et le système d'information de la DGOS avec lequel ces travaux s'articulent, n'a donc pu que prendre acte du fait que la fréquence et la méthode de collecte des données utilisée par l'oNCSO pour établir son rapport annuel - méthode déclarative donc restant soumise au bon vouloir et à la disponibilité des établissements - étaient dès le départ trop ambitieuse. Elle présupposait en effet :

- que chaque CSO puisse rapidement obtenir de ses « partenaires » qu'ils lui fournissent chaque année des données d'activité et d'organisation (la date limite de la première saisine était fixée au 15 juin 2013) d'une grande précision sur 10 thèmes³²², or :
 - le taux de réponse constaté lors de la dernière enquête réalisée en 2015 auprès des partenaires des CSO (données 2014) était faible (41 %) ³²³ ;
 - la mission a pu constater lors de ses déplacements de terrain que la mobilisation des ES partenaires était très variable d'une région, d'un CSO et d'un établissement à l'autre, et que le sujet des remontées d'informations des ES vers le CSO n'était pas une préoccupation prioritaire des CSO ni de leurs partenaires compte tenu des autres enjeux portés par les conventions de partenariats (RCP, flux de patients, gestion des filières aval...) ;
- qu'un bilan pourrait être fait annuellement - ce qui a été effectivement réalisé au cours des deux premières années de mise en œuvre du PO (2013 et 2014) - mais cette dynamique s'est essouffée avec le départ de la personne en charge du suivi du PO à la DGOS. En témoigne le retard intervenu dans la production des rapports annuels relatifs aux données 2015 et 2016 – sur lesquels la mission n'a donc pas pu s'appuyer et qui n'auraient été formellement commandés par la DGOS qu'en octobre 2017³²⁴ ;
- que les CSO, les ARS et leurs partenaires s'approprieraient l'outil et y trouveraient rapidement un intérêt opérationnel, or les échanges qu'a eus la mission lors de ses déplacements de terrain ne vont pas dans ce sens.

[520] Certes les CSO sont une des nombreuses catégories de « centres experts » que suit et finance la DGOS, mais les inquiétudes persistantes exprimées au niveau national sur la prise en charge de l'obésité et la croissance de la CB aurait dû l'inciter - dès le début de l'année 2017 - à s'assurer qu'elle disposait des remontées d'informations suffisantes pour apprécier le rôle des CSO.

³²² Identité de la structure, équipements, prise en charge, ressources humaines, compétences des équipes, fonctionnement du CSO, activité, filière de soins, partenaires, centres intégrés.

³²³ Sur 241 partenaires CSO interrogés (adresses fournies par les CSO), 102 avaient validé leur questionnaire et 100 questionnaires étaient exploitables.

³²⁴ La DGOS, qui avait indiqué à la mission le 21 avril 2017 qu'elle allait commander à l'oNCSO un rapport sur l'activité des CSO portant sur des données 2015 et 2016, a indiqué à la mission le 19 septembre que cette enquête venait d'être lancée. Le processus de réalisation du rapport annuel est long puisqu'il prévoit que la DGOS collecte les résultats déclaratifs en provenance des CSO, puis les transmet pour analyse au Centre d'épidémiologie de Biostatistiques et de Méthodologie de la Recherche (CEBIMER) du CHU de Limoges, en collaboration avec le CSO du Limousin et avec le soutien du Groupe national de coordination et de concertation des CSO (GCC-CSO). Pour le dernier recueil afférent aux données couvrant la période 2012-2014, la DGOS a accordé un budget de 5 000 € au CHU de Limoges (sur MIG).

3.2.2 Au niveau national, la DGOS a délégué de fait le pilotage des CSO au Groupe Coordination des CSO (GCC CSO)

La DGOS a été désignée par le PO pour piloter le déploiement et l'action des CSO

[521] Au niveau national, le PO fixe un cadre d'intervention et des objectifs dont la mise en œuvre est confiée aux deux directions d'administration centrale concernées que sont la DGS et la DGOS, ainsi qu'aux ARS.

Tableau 10 : Actions « soins » du PO impliquant la DGOS et la DGS (et degré de réalisation figurant dans le rapport du Pr. Basdevant)

Action	Pilote / échéances	Degré de réalisation ³²⁵
4. Identification des centres spécialisés et intégrés pour la prise en charge de l'obésité sévère et l'organisation de la filière de soins dans les régions	(DGOS / 2011 à 2013)	R ³²⁶ (avec alerte sur caractère critique du suivi à assurer)
6. Développement de l'éducation thérapeutique : équipes et évaluation (ARS), référentiel de compétences (INPES)	DGS / 2012 – 2013	P
7. A partir des objectifs du cahier des charges des réseaux de prise en charge, établissement par les ARS d'un diagnostic territorial des besoins pour structurer la coordination territoriale de la prise en charge de l'obésité	DGOS / 2012	P
8. Structuration du déploiement des réseaux et de la coordination des soins pour la prise en charge de l'obésité par les ARS, en utilisant l'expertise et le savoir-faire des réseaux existants	DGOS / 2013	N
9. Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou compliquée à des prises en charge adaptées en SSR : élaboration d'un référentiel professionnel par les sociétés savantes et validation par la HAS + conventionnement entre les SSR et les centres spécialisés intégrés	DGOS / 2012-2013	P ³²⁷ (avec alerte sur travail restant à faire sur tarification)
10. Définition d'un modèle technique, organisationnel et médico-économique pour le transport sanitaire bariatrique dans l'objectif d'assurer l'équipement nécessaire, réparti sur le territoire national pour répondre aux besoins	DGOS / 2011 à 2013	R ³²⁸ (avec annonce d'une évaluation restant à faire en 2014)
11. Identification des ressources médicales et non médicales pour la prévention et la prise en charge ; organisation de la chaîne de soins ; information du public ; définition d'indicateurs spécifiques en épidémiologie en compléments des informations déjà existantes	DGS / 2012	R (avec alerte sur nécessité de poursuivre outre-mer)
14. Recueillir l'information sur les ressources au niveau du territoire et rendre cette information accessible au moyen d'un volet « obésité » sur le site des ARS : expérimentation sur deux ARS pilote et extension aux autres territoires + mise en place d'un site d'information au niveau de chaque ARS.	DGS/2011-2012	R (avec alerte sur nécessité de prolonger l'action)
25. Identification des unités d'accueil en SSR pour la prise en charge des jeunes atteints d'obésités syndromiques et du syndrome de Prader-Willi.	DGOS/2012-2013	R ³²⁹

Source : Mission à partir du PO et du rapport de bilan de mai 2013

³²⁵ Appréciation utilisée par la mission à la lecture du rapport de bilan du Pr. Basdevant : N = action non réalisée, R = action réalisée, P = action partiellement réalisée.

³²⁶ Action mise en œuvre par l'instruction N° DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité.

³²⁷ Action mise en œuvre par l'instruction DGOS du 28 mars 2012 relative à la mise en œuvre des actions 9 et 25 du plan obésité et notamment ses deux annexes : « cahier des charges de l'action 9 (SSR obésité sévère et/ou multi compliqué) et de l'action 25 (SSR « Prader-Willi » enfants et adolescents) » et « Etat des lieux nationaux sur la prise en charge en SSR des obésités sévères et/ou multi compliquées, enfants et adultes (base nationale 2010 du PMSI-SSR) ».

³²⁸ Idem note de bas de page afférente à l'action n° 4.

³²⁹ Idem note de bas de page afférente à l'action n° 9.

De fait, c'est le « Groupe Coordination et Concertation des CSO » (GCC CSO) qui assure l'animation du réseau des CSO ainsi que leur pilotage stratégique et opérationnel

[522] En créant les CSO, l'État a voulu doter le système de soins d'une infrastructure spécialisée, experte et déconcentrée pour une prise en charge multi-dimensionnelle de l'obésité non centrée sur la CB. Les ARS ont été chargées de leur supervision opérationnelle dans chaque région tandis que leur supervision nationale, que la DGOS semblait vouloir assurer elle-même via l'oNCSO - outil qu'elle avait créé à cette fin en 2012 - est aujourd'hui surtout assurée par le GCC CSO, entité « spontanée » et sans statut dont l'instruction DGOS de juillet 2011 ne dit mot.

[523] Dans le règlement intérieur dont il s'est doté fin 2015, le GCC CSO insiste sur la dimension territoriale du rôle des CSO : « Les Centres spécialisés de l'obésité, CSO, créés à partir du Plan Obésité 2010-2013, ont pour mission de mettre en œuvre une politique territoriale de l'offre de soins, notamment un maillage des acteurs de la santé, pour faciliter le parcours de soins des personnes atteintes d'obésité sévère. ... Les CSO, de par leur répartition géographique et leurs missions représentent un modèle de développement d'une politique territoriale, chaque région pouvant choisir ses propres options, de la prévention aux soins de recours. Pour mieux le valoriser au niveau national, les responsables médicaux des 37 CSO et des 5 centres intégrés de l'obésité (CIO) se sont réunis en une coordination nationale, appelée GCC-CSO (Groupe de coordination et de concertation). »

Le Groupe Coordination et Concertation des CSO (GCC CSO)

Statut : il s'agit selon, selon son règlement intérieur, d'une « *coordination nationale* » née en 2012 à l'initiative de l'AFERO et de la SOFFCO-MM, dans le prolongement de la dynamique du plan obésité et en parallèle de la création des CSO. Le GCC CSO n'a donc pas de statut ; il n'est pas une association loi 1901 et n'a donc ni président ni conseil d'administration. Qualifié par des acteurs rencontrés par la mission « *d'interface scientifique et organisationnelle* », de « *représentation unifiée et pluri-professionnelle* » et « *d'amicale* », il se présente lui-même comme un « *groupe de travail transdisciplinaire et pluri-professionnel* » en interface entre les 2 sociétés savantes, l'AFERO et la SOFFCO-MM, qui représente la France au niveau européen et international dans le domaine de l'obésité.

Positionnement institutionnel et missions : aucune subordination formelle du GCC CSO qui se présente comme la tête de réseau et le porte-parole des CSO, leur instance informelle d'animation / réflexion / coordination / communication chargée d'assurer le retour d'expérience dans le domaine de l'obésité et de l'organisation des soins, de promouvoir les bonnes pratiques, de faire le lien avec l'enseignement et la recherche ainsi que d'assurer le relais avec les autorités publiques (DGOS, DGS, HAS, CNAMTS...), les deux sociétés savantes directement concernées (SOFFCO-MM et AFERO) et l'observatoire national des CSO (oNCSO). La DGOS est son principal commanditaire et son unique financeur.

Fonctionnement interne et organisation : Le GCC CSO s'est doté d'un règlement intérieur qui prévoit que la direction du GCC CSO est assurée collégialement par un bureau dont les cinq membres sont choisis pour représenter la double approche médicale et chirurgicale, ainsi que la pédiatrie et les SSR. Son président doit cumuler les fonctions de membre de l'AFERO et de responsable d'un CSO (le Pr. Olivier Ziegler depuis la création du GCC, président sortant de l'AFERO et responsable du CSO de Nancy). Le bureau assure la coordination, la synthèse et la validation des travaux conduits principalement par des groupes de travail thématiques constitués au fil des besoins et comprenant des représentants volontaires des CSO, des ARS, des associations de patients et d'autres sociétés savantes ou associations professionnelles, ceci en étroite collaboration avec la SOFFCO-MM et l'AFERO.

Le secrétariat permanent du GCC-CSO est assuré par un chargé de mission (« Coordinateur Administratif National des CSO ») qui cumule cette fonction avec celle de coordonnateur d'un CSO (aujourd'hui Thibaut Batisse, par ailleurs « Chargé de projet pour l'animation territoriale et la coordination des CSO de Lorraine »).

Le travail au sein du GCC est organisé en mode réseau, les échanges se font principalement via internet et le site collaboratif HERMES (confidentiel et sécurisé) commun à l'ensemble des CSO, élaboré et devenu opérationnel à l'automne 2016 à l'issue d'un travail conjoint entre le GCC CSO et les services informatiques du ministère de la santé.

Ressources : la DGOS alloue chaque année un budget au GCC-CSO via une MIG versée à l'établissement de rattachement du CSO « porteur » du GCC CSO, aujourd'hui le CHU de Nancy. Cette MIG s'élève à 40 000€ en 2016 (35 000 € / GCC proprement dit + 5000 € /oNCSO pour l'analyse des données d'activité des CSO). Ces crédits sont destinés à couvrir les coûts en ressources humaines (26 000 € pour le temps de coordination administrative et de temps de coordination médicale) et les frais de fonctionnement et de travaux spécifiques du GCC CSO (réunions de bureau, groupes de travail et réunions nationales, communication... pour 14 000 €).

Principales activités et réalisations :

- Appui aux administrations centrales (DGOS et DGS) : réponse aux demandes d'expertise sous forme de rapports, d'études et/ou de groupes de travail thématiques liés à la prise en charge de l'obésité : place et fonction de l'hospitalisation de courte durée, rôle de l'éducation thérapeutique du patient, parcours de soins des enfants atteints d'obésité sévère / OBEPEDIA, définition du parcours post chirurgie à vie, ...
- Organisation et animation du partage d'informations et du retour d'expérience de l'ensemble des CSO et des professionnels concernés (administratifs, médicaux, paramédicaux) : journées nationales DGOS-CSO ; travaux conjoints avec les sociétés savantes et collèges (SOFFCOM, AFERO, collège de médecine générale...) et avec les associations de patients ; enquêtes auprès des CSO ; formations...
- Conception et élaboration d'outils à l'attention du réseau des CSO : logo / marque CSO ; sites internet et collaboratif HERMES (cf. ci-dessus) ; cadrage, analyse et évaluation des données produites par l'oNCSO...
- Consolidation des projets et besoins des CSO/CIO en matière de recherche clinique en collaboration avec le réseau FORCE qui est devenu l'effecteur de la recherche clinique des CSO (projets multicentriques nationaux ou européens).

[524] Au total, le GCC CSO joue en effet le rôle d'interface « bénévole » entre ses multiples partenaires. Lors du 2^{ème} séminaire DGOS-CSO qui s'est tenu le 4 octobre 2017 à Paris, c'est le GCC CSO - son président et ses représentants présents - qui ont établi et présenté le bilan de l'action passée et des résultats des CSO, et ont dressé des perspectives pour leur avenir. La DGOS, peu présente et proactive lors des échanges, a exprimé quelques généralités portant d'avantage sur le rôle moteur du GCC CSO que sur les CSO eux-mêmes :

- « En lien avec les professionnels concernés, une dynamique engagée dans toutes les régions » ;
- « Les 37 CSO sont devenus un lieu d'expertise incontournable dans les régions dans les parcours de soins des patients obèses » ;
- « Le GCC-CSO est l'interlocuteur privilégié de la DGOS » ;

- « Le GCC-CSO est ainsi renforcé dans son rôle d'interface scientifique et organisationnelle, de porte-parole des CSO et d'interlocuteur de la DGOS, notamment dans le cadre de l'accompagnement du projet d'organisation du parcours de soins des enfants atteints d'obésité sévère dit «OBEPEDIA», piloté par la DGOS ».

[525] Le projet OBEPEDIA est illustratif de la contribution essentielle du GCC CSO à l'action publique en matière de prise en charge de l'obésité. C'est en effet au GCC CSO que la DGOS a demandé en septembre 2014 de « Définir pour les enfants et adolescents atteints d'obésité sévère la séquence de prise en charge qui commence au sein des centres spécialisés de l'obésité (CSO) pour aller jusqu'à la mise en œuvre d'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé incluant les coopérations multidisciplinaires qui impliquent aussi bien l'hôpital que la ville » (lettre de mission du 8 septembre 2014). Ce projet, intégralement conçu et préparé en amont par le GCC CSO, a été lancé début 2017³³⁰ avec pour objectif la sélection de CSO volontaires pour participer à l'expérimentation d'un parcours de soins dédié. Six CSO (sur 13 CSO candidats) ont été sélectionnés en octobre 2017 et se sont réunis pour commencer à instruire différentes thématiques liées à la définition de ce parcours (ingénierie du parcours de l'enfant, système d'information, évaluation) dont le démarrage est prévu courant 2018.

[526] L'instruction DGOS de janvier 2017 qui a lancé le processus de sélection des CSO volontaires pour participer à l'expérimentation illustre, sur le fond comme sur la forme, le rôle majeur et central joué par le GCC CSO en matière de politique de prise en charge de l'obésité. Le GCC CSO y apparaît en effet en creux comme ayant conçu et porté lui-même le projet de bout en bout, du diagnostic aux solutions³³¹ en passant par le processus de mise en œuvre³³². La contribution de la DGOS au projet apparaît assez subsidiaire, sous forme de généralités figurant dans le texte même de l'instruction (1,5 pages) et dans une annexe (n°6) de présentation du projet au comité de suivi.

[527] La mission a rencontré et échangé à plusieurs reprises avec le président du GCC CSO ; elle s'est également rendue dans six CSO et a assisté au séminaire national des CSO précité. La quantité et la qualité des travaux produits sous l'impulsion et la coordination du GCC CSO l'ont convaincue du rôle particulièrement actif et utile joué par cette « entité » tout au long des cinq années de montée en charge des CSO. Le GCC CSO a non seulement apporté pendant cette période un concours précieux à l'action publique et à la DGOS mais il a aussi su développer, sur la base notamment du retour d'expérience des CSO, une vision dynamique, à la fois médicale et chirurgicale, et véritablement stratégique du rôle actuel et futur des CSO ainsi que de la prise en charge de l'obésité par l'ensemble du système de soins.

[528] Cette situation présente l'avantage évident pour les administrations centrales concernées de voir leur stratégie et leurs décisions préparées, appuyées et relayées par des professionnels reconnus et impliqués, mais elle présente aussi l'inconvénient d'être fragile en raison de l'absence d'existence officielle du GCC CSO, de la faiblesse et du caractère non pérenne de ses moyens, et de sa dépendance à la bonne volonté et au temps que consacrent quelques professionnels « militants » à la prise en charge de l'obésité. Les CSO sont des structures appelées à se pérenniser et à se renforcer, voire à bénéficier d'un statut dans le système de soins, et il semble indispensable que leur tête de réseau incarnée par le GCC CSO (et leur observatoire, incarné par l'oNCSO) se voie à la

³³⁰ Instruction DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de CSO pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA.

³³¹ Exemple de l'annexe 5 de l'instruction, prise sous timbre du GCC CSO et élaborée en lien avec les sociétés savantes, qui décrit longuement (27 pages) et de façon très précise le processus de prise en charge d'un enfant / adolescent présentant une obésité complexe.

³³² Processus détaillé dans les annexes 1, 2, 4 et 4 bis de l'instruction.

fois sécurisé dans son fonctionnement et consolidé dans ses missions dans un cadre général défini en liaison avec les pouvoirs publics.

3.2.3 Au niveau régional, les ARS s'impliquent de façon inégale dans la supervision et dans la promotion des CSO

Les CSO jugent globalement perfectible leur collaboration avec les ARS et la mise en valeur de leur action par ces dernières

[529] L'enquête réalisée par le GCC CSO en septembre 2017 auprès de l'ensemble des CSO et présentés lors du séminaire national des CSO du 4 octobre montre que les CSO ont un vécu contrasté de leur collaboration avec les ARS. Ainsi les CSO répondants citent-ils :

- parmi les points positifs de cette collaboration : la présence des ARS aux comités de pilotage des CSO et à des groupes de travail, des réunions communes, une « bonne communication », l'existence de référents des CSO identifiés dans les ARS ...
- et parmi les sujets d'amélioration possibles : une « coopération plus constructive », des financements, une plus grande association des CSO aux travaux sur les PRS, une plus grande concrétisation des projets, une meilleure connaissance des CSO par les ARS (« CSO mal connus par certaines ARS ») et un effet grande région qui complique les déplacements.

[530] S'agissant de l'association des CSO aux PRS - qui faisait également l'objet de questions dans l'enquête du GCC CSO - il est intéressant de noter que sur 35 CSO répondants, 16 déclaraient ne pas avoir participé à l'élaboration du PRS et le regrettaient, tandis que 19 – soit à peine plus de la moitié - y avaient participé.

[531] S'agissant de la communication que l'ARS assure sur leurs missions, leur rôle et leur action, une partie des CSO répondants regrettent de ne pas voir de page internet sur le site de l'ARS.

Toutes les ARS ne semblent pas s'être impliquées avec la même intensité dans le pilotage et la coordination des CSO

[532] La mission observe à titre liminaire que l'incomplétude des réponses des ARS au questionnaire qu'elle leur a adressé en juillet 2017, notamment sur le rôle et l'action des CSO, donne logiquement à penser que les ARS connaissent mal l'action de ces centres et sont peu impliquées dans leur pilotage³³³.

[533] L'instruction de juillet 2011 demande par ailleurs aux ARS de désigner en leur sein des correspondants PNNS/PO chargés d'assurer une véritable fonction transversale de chef de projet obésité et de constituer le point d'entrée des administrations centrales sur ce thème. Les éléments de terrain recueillis par la mission et la lecture de la liste des correspondants sur laquelle la DGOS s'appuie dans ses relations avec les ARS³³⁴ montre que :

- la fusion des régions ne semble toujours pas avoir été « digérée » par les ARS puisque, dans la quasi-totalité des régions fusionnées, cette liste fait apparaître autant de correspondants que d'anciennes régions / ARS ;

³³³ A titre d'exemple, plusieurs ARS n'ont pas du tout, ou seulement partiellement renseigné la rubrique « CSO - File active 2016 » du questionnaire, alors même que cet item figure dans le dispositif de remontées d'information de l'oNCSO.

³³⁴ Liste adressée à la mission par mail DGOS / R4 du 12 octobre 2017.

- contrairement à ce que leur demandait l'instruction DGOS de juillet 2011, la plupart des ARS ne se sont pas structurées en mode projet autour d'un correspondant unique pour le thème de l'obésité. La majorité des ARS ont désigné plusieurs correspondants et seulement cinq - dont deux ARS hexagonales - ont désigné un correspondant unique³³⁵. Les ARS semblent d'ailleurs rencontrer des difficultés à positionner et à identifier ces correspondants si l'on en juge par la variété des fonctions qu'ils exercent par ailleurs : parmi certaines des ARS qui ont deux correspondants, l'un est par exemple en charge des aspects prévention tandis que l'autre des aspects offre de soins ; une ARS indique que, « par souci d'être associés », des directeurs de pôles ou de services sont désignés comme correspondants, une autre que le correspondant sur l'obésité³³⁶ est aussi référent sur le diabète.

[534] Le cahier des charges des CSO joint à l'instruction de juillet 2011 demande aussi aux ARS de désigner un « CSO coordonnateur », mesure logique et devenue particulièrement nécessaire depuis la création des grandes régions dont certaines comptent jusqu'à quatre CSO (Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Grand Est) et même cinq pour l'une (Hauts-de-France). Lors de ses déplacements et échanges avec les ARS, seuls deux cas de mise en place d'une coordination structurée et formalisée ont été observés par la mission, cas qui répondent d'ailleurs à deux modèles très différents (l'un plutôt à la main de l'ARS, l'autre plutôt à la main des CSO) :

- en Ile-de-France où un cadre supérieur de l'ARS anime différents groupes de travail thématiques permanents et un comité de pilotage des CSO ;
- dans les Hauts-de-France³³⁷ où un CSO - que son antériorité et sa légitimité technique ont naturellement placé en position de chef de file - a obtenu de l'ARS le financement d'une fonction de coordination des CSO à temps partiel.

[535] Dans ces deux cas, cette coordination permet notamment d'assurer le retour d'expérience, la consolidation des données et indicateurs issus des CSO, la production de documents divers visant à harmoniser les pratiques au sein des CSO et dans le cadre de leurs relations avec leurs partenaires, la centralisation des relations avec l'ARS (commandes, animation synthèse des groupes de travail...).

[536] Dans une autre des régions visitées par la mission, la coordination des CSO était manifestement difficile compte tenu de la configuration géographique et de la différence de statut des deux CSO, le CSO privé étant en l'espèce peu enclin à accepter un regard critique sur ses pratiques et à sortir du périmètre des acteurs avec lesquels il avait l'habitude de travailler. Malgré une tentative d'implication, l'ARS n'avait pas pu obtenir de ce CSO qu'il participe aux RCP de recours organisées par l'autre CSO/CIO sous statut public.

[537] Dans une autre région visitée par la mission, la nouvelle grande région n'avait pas encore été « digérée » : les CSO des trois anciennes régions semblaient chacun fonctionner de façon assez autonome, et l'ARS n'avait pas encore complètement investi ce champ.

³³⁵ Les cinq ARS ayant un correspondant unique sont celles de Bretagne, PACA, Corse, Guyane et Martinique. A contrario, l'ARS Grand-Est compte quatre correspondants, les ARS des Pays-de-Loire, d'Ile-de-France et de La Réunion en comptent trois, et celle de la Guadeloupe deux.

³³⁶ Il arrive aussi parfois que, « par souci d'être associés », des directeurs de pôles ou de services soient désignés comme correspondants.

³³⁷ Dans les Hauts de France a été créé sous l'égide du CSO/CIO de Lille un COPIL des CSO destiné à harmoniser leurs pratiques, notamment vis-à-vis des SSR, des structures d'ETP et de la médecine de ville. Il se réunit tous les 6 mois, le CSO de Lille faisant office de « guichet unique » vis-à-vis de l'ARS.

Les CSO contribuent à la régulation de l'offre de soins sans que la répartition des rôles avec les ARS apparaissent toujours clairement

[538] Il apparaît, à la lecture des missions ci-dessus détaillées des ARS et de leurs référents PNNS/PO, que les zones de recoupement - et donc aussi de redondance et de confusion des responsabilités - entre les CSO et l'ARS sont importantes sur le champ de l'organisation et de la régulation de la prise en charge des personnes obèses :

- la mission - que l'instruction de juillet 2011 confie par aux CSO - de coordination de la prise en charge de l'obésité avec la médecine de ville, les associations, les acteurs du champ social et médico-social et les établissements de santé prenant en charge des patients obèses (MCO, SSR et USLD) est aussi une mission qui incombe aux ARS. Ce qui est logique puisque la coordination des acteurs précités est une nécessité générale qui va très au-delà de la seule pathologie de l'obésité ;
- les missions confiées aux ARS (notamment via leurs référents PNNS/PO) visant à développer les coordinations territoriales pour la prise en charge de l'obésité, à déployer des réseaux, à assurer la reconnaissance des équipes spécialisées en éducation thérapeutique, à mobiliser et coordonner les acteurs régionaux et enfin à développer des partenariats sont aussi des missions que l'instruction demande aux CSO d'assurer.

Les transports bariatriques, exemple d'un partage confus des rôles entre ARS, CSO et ES, et d'un transfert de compétence inapproprié aux CSO

[539] 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.

[540] Dans un premier temps, l'instruction DGOS de juillet 2011 est venue rappeler aux ARS leur rôle dans le domaine des transports bariatriques : « *En tant qu'opérateur (du PO), les ARS auront pour mission de mettre en œuvre les actions suivantes concernant le volet offre de soins... Assurer le transport sanitaire bariatrique (2011-2013) » qui doit permettre « de disposer de véhicules adaptés, afin d'assurer les transports sanitaires et la prise en charge de patients dits « obèses » en toutes circonstances et dans des conditions ergonomiques et sécurisées, à la fois pour ces patients, et pour les personnels.* »

[541] Deux ans plus tard, manifestement dans un contexte d'urgence puisque prise par référence à une « problématique émergente », une nouvelle instruction³³⁸ DGOS de juin 2013 est venue d'une part fixer les conditions d'élaboration par les ARS d'un schéma régional d'organisation des transports sanitaires bariatriques et, d'autre part, demander aux CSO d'instruire et de répondre directement à leur niveau aux besoins en véhicules bariatriques, et d'assurer l'animation territoriale des acteurs du transport. Cette seconde instruction indique en effet que :

- le schéma régional d'organisation doit « poser les bases de nouvelles collaboration entre les CSO et les professionnels du transport sanitaire (SAMU/SMUR, SDIS, transporteurs privés...)... dans le cadre de la mission d'animation territoriale des CSO » ;

³³⁸ Instruction N°DGOS/R4/2013/222 du 3 juin 2013 relative à la mise en œuvre des actions 4 et 10 du plan obésité.

- les CSO reçoivent dès 2013 des crédits MIG³³⁹ destinés à financer les moyens nécessaires pour transporter les cas extrêmes d'obésité, l'objectif étant « *d'accompagner l'équipement en ambulances bariatriques des 37 centres spécialisés de l'obésité (CSO), en lien avec tous les acteurs du transport sanitaire.* ».

[542] Si la mission n'a pas approfondi le sujet des transports bariatriques qu'elle n'avait a priori pas considéré comme relevant des missions des CSO, elle a cependant recueilli auprès du GCC CSO et des acteurs de terrain rencontrés des informations et indices révélateurs de la confusion des rôles qui règne dans cette matière. Même si les situations varient d'une ARS et d'un CSO à l'autre, la mission a ainsi pu entendre ou observer :

- que les ARS semblent diversement impliquées dans l'organisation régionale des transports sanitaires bariatriques, certaines laissant même entendre qu'elles n'ont pas de vision claire du sujet voire qu'elles n'ont pas encore établi le schéma régional d'organisation prévu par l'instruction DGOS de juin 2013 ;
- que 19 %³⁴⁰ des CSO n'ont pas été informés de l'existence ou des destinataires des crédits MIG délégués à leur intention pour financer des transports et que, lorsqu'ils l'avaient été, ils ne s'étaient pas toujours sentis aptes à gérer l'acquisition, le fonctionnement et l'emploi d'ambulances que l'instruction DGOS de juin 2013 leur confie, et encore moins d'assurer les relations avec des professionnels du transport sanitaire qui sont généralement plutôt du ressort opérationnel des SAMU/SMUR et de l'établissement siège de ces derniers³⁴¹ ;
- que si un moyen de transport à la main d'un CSO peut apporter une réponse « commode » à ses besoins de transports urgents dès lors que l'intervention est confiée au SAMU/SMUR, ce n'est pas forcément le cas pour les besoins non urgents donc non pilotés par les SAMU/SMUR, notamment quand il s'agit de transporter des personnes présentant un niveau d'obésité très sévère qui nécessitent donc d'ajouter une importante équipe d'intervention au véhicule de transport. D'autres aspects de la problématique doivent en effet être pris en compte (notamment le nombre d'ambulanciers nécessaires pour déplacer la personne jusqu'au véhicule³⁴²) et d'autres solutions sont mises en pratique dans des régions telles que l'aide financière à l'achat d'un véhicule adapté accordée par une ARS à une société d'ambulance privée, ou le recours organisé (et financé) aux moyens des SDIS. Une autre piste plusieurs fois suggérée à la mission consisterait à faire rembourser par l'assurance maladie la prise en charge financière des transports non urgents sur la base d'un tarif incitant les transporteurs à investir dans l'acquisition de véhicules et d'équipements nécessaires.

[543] Au vu de ces éléments, la mission est encline à penser 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, car :

- comme indiqué supra, beaucoup des CSO n'ont aujourd'hui pas de territoire clairement délimité³⁴³ ;

³³⁹ L'instruction DGOS de 2013 précise que « *La délégation est allouée à chaque établissement siège d'un centre spécialisé de l'obésité pour un montant de 25 189 € par centre... La modélisation de ce montant a été calculée de façon à accompagner l'achat de 37 ambulances bariatriques en finançant chaque année sur cette mission d'intérêt général (MIG) de l'investissement initial (932 400 €) considérant que les véhicules seront amortis sur 5 ans. Ce dispositif permet d'accompagner les établissements de santé dans leur investissement et d'anticiper le renouvellement du parc en sécurisant la ressource.* »

³⁴⁰ Source : enquête GCC CSO de septembre 2017.

³⁴¹ A cet égard, l'enquête GCC CSO de septembre 2017 montre que l'action des CSO consiste parfois à passer une charte avec le SAMU.

³⁴² Un cas ayant nécessité un équipage de quatre personnes a été signalé à la mission.

³⁴³ Comme exposé par ailleurs, quelques CSO sont même géographiquement proches (Hauts de France, Lyon, Nancy-Metz).

- la fonction « transports » est très éloignée de leur cœur de métier, notamment parce qu'elle suppose une coordination technique et opérationnelle avec des acteurs avec lesquels ils n'ont habituellement pas de relations institutionnelles (ambulanciers privés, sapeurs-pompiers / SDIS, assurance maladie) ;
- les CSO n'ayant déjà pas assez de ressources pour assurer la coordination des soins et l'animation territoriale des acteurs de la prise en charge, il semble peu pertinent de détourner une partie de ces ressources au profit d'une fonction vraisemblablement chronophage ;
- certains CSO sont rattachés administrativement à un CHU ou à un CH qui accueille aussi un SAMU et/ou un SMUR, ces services étant par nature mieux placés que ne le sont les CSO pour avoir une vue d'ensemble des besoins locaux en véhicules publics de transport sanitaires, et pour gérer et adapter les flottes correspondantes.

[544] Il apparaît par ailleurs à la mission que, dans un souci de cohérence stratégique et d'économie des moyens :

- les deux volets de la fonction « transports sanitaires » (transports tous publics et transports spécifiquement bariatriques) sont difficilement sécables car ce sont les mêmes acteurs et professionnels du transport qui sont concernés ; ils doivent donc être supervisés par la même autorité régionale ;
- la réponse à apporter aux besoins en transports bariatriques est multiforme ; elle passe par une réflexion d'ensemble à mener à la fois par le niveau national (financement des ambulances privées, contribution de principe des pompiers...) et par le niveau régional à laquelle les CSO doivent être associés pour exprimer et qualifier les besoins liés au transport des personnes obèses.

4 LES CSO VOIENT LEUR ACTION ENTRAVEE ET LEUR VISIBILITE AMOINDRIE PAR DES PROBLEMES DE STATUT ET D'ORGANISATION INTERNE

4.1 Le processus d'identification des CSO/CIO a abouti en 2012 à la désignation mal assumée de 37 CSO répartis différemment de ce que prévoyait la carte des besoins

[545] La création des CSO était prévue par le PO en 2012 - 2013. L'instruction DGOS du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du PNNS et du PO par les ARS est venue indiquer le nombre de CSO prévus dans chaque région (de 1 à 4 en fonction de la prévalence de l'obésité et de la démographie, pour un total de 37) et préciser :

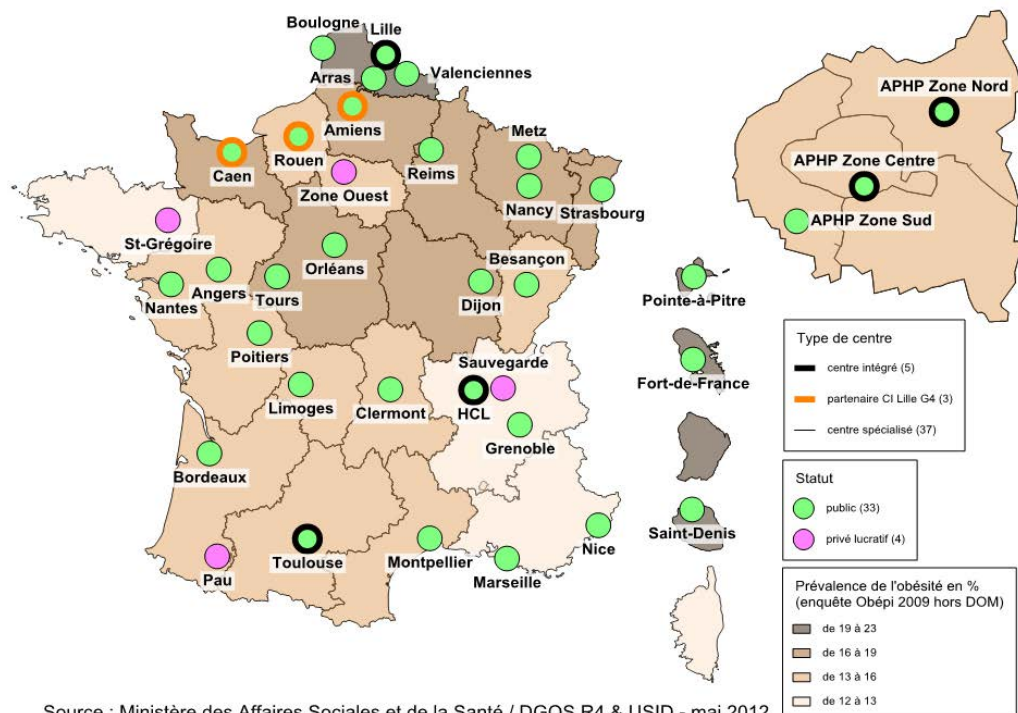
- qu'il était possible de nommer des CSO supplémentaires mais sans financement du ministère (« *en fonction des besoins et des initiatives régionales, les ARS peuvent aller au-delà sans financement supplémentaire de la part du ministère* ») ;
- que les candidats seraient sélectionnés par chaque ARS sur la base du cahier des charges joint à l'instruction tandis que le choix final sera fait par la DGOS.

La carte des trente-sept CSO/CIO choisis diffère de celle de l'instruction de juillet 2011 qui avait été établie sur la base des besoins de prise en charge

[546] Au final, si 37 CSO ont effectivement été désignés par la DGOS en 2012, quatre d'entre eux l'ont été en dehors de la répartition initialement programmée par l'instruction : 3 CSO ont été désignés dans l'ex-région Rhône-Alpes contre deux programmés³⁴⁴, quatre dans l'ex. région Nord-Pas-de-Calais contre 3 programmés³⁴⁵, aucun en Corse³⁴⁶ ni en Guyane³⁴⁷ alors que la création d'un CSO y avait été prévue. La cartographie actuelle des CSO/CIO, inchangée depuis 2012, est la suivante :

Plan obésité - localisation des 37 centres spécialisés dont 5 centres intégrés

Prise en charge de l'obésité sévère et organisation des filières de soins



Source : Ministère des Affaires Sociales et de la Santé / DGOS R4 & USID - mai 2012

³⁴⁴ La DGOS a indiqué à la mission que la région Rhône-Alpes avait proposé 3 CSO au ministère dont 1 financé par l'ARS.

³⁴⁵ La DGOS a indiqué à la mission que la région Nord-Pas-de-Calais « avait 4 territoires avec un fort taux d'obésité sur chacun d'entre eux. La région a estimé nécessaire de couvrir les 4 territoires en conséquence, il a été décidé par le ministère d'utiliser les fonds destinés à la Corse. En effet, la Corse ne disposait pas des conditions nécessaires pour répondre au cahier des charges de l'instruction de 2011 (pas de médecin, ni d'organisation opérationnelle) ».

³⁴⁶ La DGOS a indiqué à la mission que « la Corse ne disposait pas des conditions nécessaires pour répondre au cahier des charges de l'instruction de 2011 (pas de médecin, ni d'organisation opérationnelle). »

³⁴⁷ La DGOS a indiqué à la mission que pour la Guyane, « aucune structure ne remplissait l'ensemble des conditions pour devenir le centre spécialisé de l'obésité en Guyane. Cependant, au regard du fort taux d'obésité dans la région, le ministère a décidé de verser les fonds à l'ARS pour mener des actions sur la mise en place d'une structuration de l'offre obésité. Une mission a été menée en Guyane sur la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité effectuée par les Pr. Jean Luc Bouillot et Sébastien Czernichow. L'objectif de cette mission a été d'évaluer la faisabilité de mise sur pied d'un circuit de prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité. Le rapport a été rendu en mars 2013. »

Les trente-sept CSO ont été désignés de façon quasi officielle

[547] En dehors de la carte ci-dessus, accessible en ligne sur le site internet du ministère de la santé, la seule liste officielle des CSO/CIO est celle - datée du 4 juillet 2012 - qui figure aujourd'hui aussi sur le site du ministère de la santé. Cette liste n'a pas fait l'objet, à l'issue de l'appel à candidature, d'une quelconque formalisation juridique - arrêté ou une décision ministérielle - alors même :

- qu'un tel document aurait alors pu sembler nécessaire pour clore et officialiser le résultat de l'appel à candidature, d'autant plus que la liste finale des CSO retenus et leur répartition géographique différaient de la programmation initiale (cf. supra) ;
- que le choix définitif des 37 CSO allait avoir des conséquences concrètes pour les ES concernés (organisation, financement, ressources humaines...) et pour ceux qui étaient déjà ou allaient devenir leurs partenaires ;
- que certains des ES retenus n'ont pas hésité à qualifier leur désignation de « label » qu'ils ont utilisé pour faire leur propre promotion.

La DGOS justifie aujourd'hui la non formalisation juridique de cette liste par le fait que la création des 37 CSO était alors inscrite dans le plan obésité. La mission ne considère pas cette explication comme satisfaisante car le PO ne disait quasiment rien des missions, de l'organisation et de la localisation des CSO ; elle déplore rétrospectivement les risques induits par l'absence de cadre clair.

4.2 L'imprécision du statut des CSO et l'instabilité de leur architecture gênent fortement l'exercice de leur mission de coordination

L'ambivalence du statut des CSO - organique ou fonctionnel ? - apparaît préjudiciable à l'exercice de leurs missions de coordination.

[548] Si le cahier des charges des CSO joint à l'instruction de juillet 2011 décrit deux modèles généraux possible d'organisation des CSO (mono ou poly établissement(s)), elle n'apporte cependant que très peu d'indications sur leur statut administratif et leur structuration interne. Un CSO doit-il / peut-il être érigé en service organique regroupant tout ou partie des spécialités et capacités nécessaires à la prise en charge des personnes obèses, ou doit-il / peut-il être érigé en ensemble virtuel (fonction ?) destiné, à partir d'un noyau de compétences / capacités, à organiser les parcours de prise en charge des patients ?

[549] À cet égard, les résultats de l'enquête réalisée par le GCC-CSO en septembre 2017 auprès de l'ensemble des CSO (présentée lors du séminaire CSO-DGOS du 4 octobre 2017) indique que :

- 32 CSO (91 %) sont rattachés à un pôle et/ou service (sans en constituer eux-mêmes) :
 - 26 au service endocrinologie et/ou nutrition et/ou diabétologie ;
 - 3 au service chirurgie ;
 - 2 au service de médecine interne ;
 - 1 au pôle de santé public ;
- 14 CSO (40 %) ont un statut administratif défini d'unité fonctionnelle (donc organique) ;
- 2 CSO (6 %) sont intégrés à une structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE),
- 1 CSO (3 %) n'est rattaché ni à un service ni à un pôle.

[550] La mission a pour sa part procédé, à titre de test et à partir des informations qu'elle a pu collecter sur les sites internet d'un échantillon de 18 CSO³⁴⁸, à une tentative de synthèse des différents statuts et modalités de structuration adoptés par ces CSO. Comme le montre le tableau suivant, 11 CSO sur 18 se présentent sur internet plus comme une fonction de nature transversale, exercée de façon collective et non hiérarchique, que comme une structure organique³⁴⁹. Dans cette fonction, ce sont l'ensemble des activités (dont la recherche et la formation pour les CSO/CIO) et spécialités représentées au sein du CSO ou mobilisables par lui dans l'établissement de rattachement - voire en dehors de celui-ci - qui concourent à la mission du CSO, dont la vocation première apparaît alors clairement être la coordination.

Tableau 11 : Statut et rattachement de 18 CSO échantillonnés par la mission

Région	CSO	Nom du service ou de l'unité de rattachement
Auvergne-Rhône-Alpes	CSO de Clermont-Ferrand (CHU de Clermont-Ferrand)	Service de Nutrition Clinique
	CSO/CIO de Hospices civils de Lyon / HCL	CIO des HCL, qui regroupe des structures médicales (dont le service d'endocrinologie, diabétologie, maladies de la nutrition), pédiatriques et chirurgicales.
	CSO de Lyon La Sauvegarde (clinique privée)	Service de chirurgie digestive et endocrinienne
	CSO de Grenoble	Service d'endocrinologie-diabétologie - maladies de la nutrition
Grand-Est	CSO de Nancy & Metz	Unité Multidisciplinaire de Chirurgie de l'Obésité (UMCO)
	CSO Metz-Thionville	Centre Spécialisé de l'Obésité du CHR Metz-Thionville
	CSO de Strasbourg	Unité de chirurgie bariatrique (de l'obésité) et métabolique
	CSO de Reims	Centre Spécialisé dans l'Obésité de Champagne Ardenne (CSO CA)
Hauts de France	CSO de Lille	Service de Chirurgie de l'obésité
	CSO de Valenciennes	Centre spécialisé obésité (CSO) - lié aux services de chirurgie digestive, bariatrique et endocrinienne et d'endocrinologie-diabétologie-obésité
	CSO d'Arras	Unité médico-chirurgicale de nutrition du Centre Hospitalier d'Arras
	CSO de Boulogne	CSO
Ile-de-France	CSO d'Amiens	Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO), porté par le service et le service de chirurgie digestive en lien avec le service d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition
	Centre Spécialisé et Intégré de l'Obésité IDF Centre	CSO / CIO qui regroupe 8 hôpitaux dans lesquels se trouvent a minima les services – médicaux et chirurgicaux - qui concourent à la prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité.
	Centre Spécialisé de l'Obésité IDF Sud	Idem CSO IdF Centre (avec 6 hôpitaux)
	Centre Intégré Nord Francilien de l'Obésité	Idem CSO IdF Centre (avec 6 hôpitaux)
	Centre Spécialisé de l'Obésité IDF Ouest	Idem CSO IdF Centre (avec 2 hôpitaux dont 1 privé)

³⁴⁸ Cet échantillon de 18 CSO a été constitué par la mission sur la base des CSO existants dans les cinq régions où elle s'est rendue ou qu'elle a étudiées plus particulièrement (dont 4 CIO, et dont 1 CSO rattaché à un ES privé).

³⁴⁹ La mission observe également au passage que 4 CSO affichent la chirurgie dans l'intitulé de leur service ou unité de rattachement.

Occitanie	CSO/CIO de Toulouse	CIO Midi-Pyrénées (CHU de Toulouse). Plusieurs services du CHU sont concernés (dont ceux d'endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition, chirurgie) mais aussi des structures externes au CHU
	CSO de Montpellier	CSO Languedoc – Roussillon (CHU de Montpellier) présenté comme composé de 3 structures spécialisées adulte, chirurgie et pédiatrie relevant de services différents (endocrinologie, nutrition, diabète ; chirurgie digestive ; pédiatrique...) situés dans différents établissements.

Source : Mission, à partir des sites internet des établissements cités.

[551] Au bilan, les CSO sont parfois érigés en service organique à part entière, d'autres fois présentés comme une fonction chargée de la coordination des différents services concernés, et cette ambivalence sur leur statut apparaît, dès lors que la coordination est au cœur de leur mission, comme préjudiciable à leur visibilité et à leur efficacité.

La complexité de la structuration interne des CSO/CIO

[552] Comme indiqué supra, le modèle organisationnel de CSO prévu par l'instruction DGOS de juillet 2011 est multiple et complexe car il prend en compte trois entrées possibles : l'établissement, le service et les compétences (des équipes). Un CSO peut donc théoriquement :

- soit être incarné par un service unique (logé dans un établissement unique) réunissant les trois compétences requises. Rentrent par exemple grossièrement dans cette catégorie parmi les CSO étudiés par la mission ceux de Lille, Lyon la Sauvegarde, Montpellier, Toulouse et Nancy, pour lesquels l'usage du mot « centre » paraît donc approprié ;
- soit regrouper, dans un ensemble non organique ou « virtuel », des services ou équipes préexistants mais situés dans plusieurs établissements différents et disposant chacun des compétences requises. Deux exemples permettent d'illustrer à grands traits ce deuxième cas :
 - le CSO/CIO « Hospices civils de Lyon » est rattaché au service d'endocrinologie, diabétologie, maladies de la nutrition du CH Lyon Sud qui s'est associé au service de chirurgie digestive de l'Hôpital Edouard Herriot auquel les patients éligibles à la CB sont adressés. Ce CSO a par ailleurs noués de multiples partenariats avec divers établissements de la région (dont sept SSR) pour constituer une filière de prise en charge en amont et en aval de sa propre action ;
 - le CSO « Clinique Princess de Pau », même s'il se présente sur son site internet comme un « centre de prise en charge globale des diabètes, du surpoids, de l'obésité, des troubles de la nutrition et du comportement alimentaire, des maladies métaboliques », ne dispose pas de service de chirurgie en propre et a donc noué divers partenariats, notamment deux avec le CH de Pau et la Polyclinique de Navarre qui disposent d'un service de chirurgie viscérale.

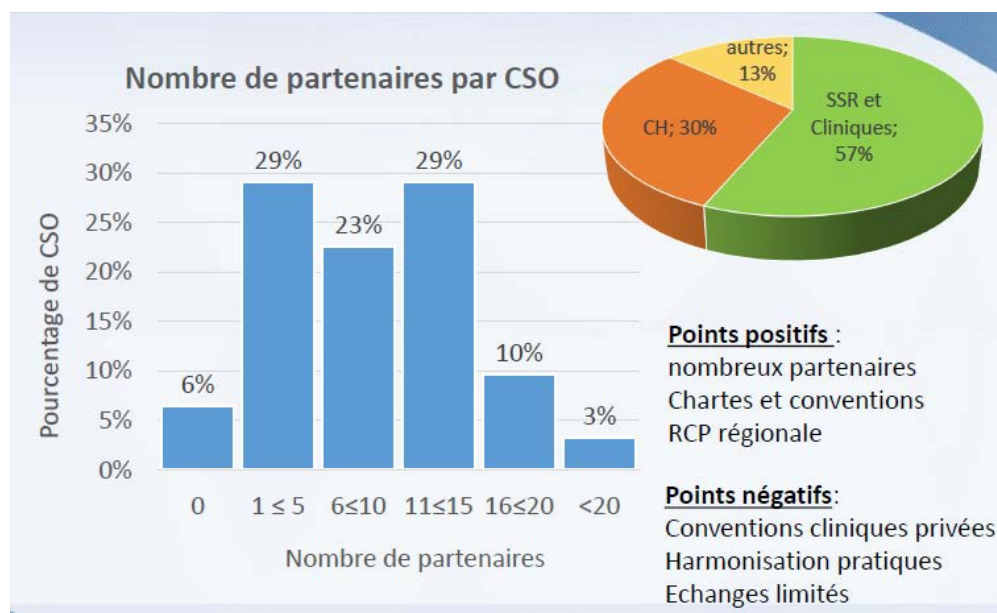
4.3 L'ambivalence sur l'organisation interne des CSO, liée notamment à la nature et la portée de leurs partenariats, entrave leur action et aggrave leur manque de visibilité

Le flou sur l'organisation interne des CSO

[553] La liste des CSO en ligne sur le site du ministère de la santé - seule liste nationale officielle des CSO - comporte une colonne « établissements partenaires » qui compte près de 140 noms de structures aux statuts et missions très différents³⁵⁰, dont la majorité est certes constituée d'établissements MCO et SSR mais pas uniquement puisqu'on y trouve aussi des centres de santé et de rééducation, et quelques réseaux de soins et associations.

[554] Le nombre de structures citées varie beaucoup d'une (ancienne) région à l'autre (de zéro pour les CHU de Reims, Nancy, Metz-Thionville, Fort de France, Pointe à Pitre et pour l'APHM, à 11 pour la clinique Princess de Pau !), ce qui illustre le fait que cette appellation « d'établissement partenaire » mélange des partenariats de nature différente dont le rôle et la valeur ajoutée dans les CSO sont très variables. Les conventions que sont censés passer les CSO avec leurs partenaires doivent notamment permettre à ceux-ci de mutualiser les services, équipements et prestations offerts dans les différents établissements qui composent le CSO, ainsi que de définir les modalités d'orientation et de circulation des patients au sein du CSO et du réseau d'établissements qu'il constitue.

[555] Lors du séminaire DGOS – CSO qui s'est tenu le 4 octobre 2017 à Paris, le GCC CSO a présenté le bilan suivant des partenariats des CSO issu de l'enquête qu'il avait réalisée auprès d'eux en septembre:



Source : GCC CSO (enquête sur la situation des CSO – octobre 2017)

³⁵⁰ Hôpitaux universitaires, CHU, CH, cliniques, polycliniques, hôpitaux privés, groupe hospitaliers, instituts, centres médicaux, centres de soins, centres de réadaptation, réseaux, associations, fondations, UGECAM...

[556] Il ressort de cette présentation et des échanges avec la salle que :

- le nombre des partenaires des CSO est élevé - et manifestement très supérieur à 140 - et extrêmement variable d'un CSO à l'autre, plus du tiers d'entre eux (35 %) ayant entre zéro et cinq partenaires, ce qui apparaît bien faible pour assurer une prise en charge suffisamment large, tant sur le plan géographique qu'en termes de diversité des réponses aux besoins ;
- si les conventions qui sous-tendent ces partenariats traitent généralement de pertinence des soins (charte) et de RCP, leur impact effectif sur l'harmonisation des pratiques et sur la qualité des échanges qu'elles induisent avec les structures partenaires, en particulier les ES privés, est faible.

Le flou sur la nature, le contenu et la portée des partenariats noués par les CSO

[557] La mission a pu vérifier lors de ses déplacements en régions que les partenariats des CSO recouvraient des réalités différentes et avaient un contenu plus ou moins précis et contraignant suivant le soutien apporté par l'ARS à la démarche, et suivant l'engagement dont les établissements partenaires voulaient bien faire preuve dans l'application des recommandations de la HAS. Les conventions de partenariats reflètent en effet, d'une région à l'autre et d'un CSO à l'autre, des niveaux d'exigence très variables et souvent insuffisants quant au contenu des obligations des établissements. De nombreuses conventions se contentent par exemple d'engagements sur de grands principes d'accès ou de recours à des services, équipements ou prestations, sans être cependant précises quant aux modalités et aux procédures de ce recours et sans prévoir de mécanisme de suivi de sa mise en œuvre. La plupart des conventions prévoient également la tenue obligatoire de RCP d'établissements et/ou de RCP régionales de recours mais, comme le prouvent les résultats de la campagne IPAQSS 2017 de la HAS³⁵¹ (cf. § 2.4.2 de la présente annexe), en l'absence de contrôles effectifs et de sanctions, les conventions que passent les CSO sont diversement - voire peu - respectées.

[558] Au bilan, si les CSO conventionnent effectivement avec leurs partenaires :

- ces conventions sont plus ou moins contraignantes suivant les partenaires et sont plutôt, dans de nombreux cas, assimilables à des chartes de bonnes pratiques plus qu'à des engagements précis et opposables ;
- quelques partenariats, apparemment minoritaires en nombre - par exemple ceux noués au sein des quatre CSO d'Ile-de-France (poly-établissements) ou des deux CSO des Pays de la Loire - sont pour leurs parts structurants pour l'offre des soins et s'inscrivent davantage dans la logique d'organisation poly-établissements prévue par l'instruction DGOS de 2011.

[559] Enfin, faute de pouvoir appréhender clairement l'identité, le nombre et le périmètre des CSO, la CNAMTS, la DREES et l'ATIH ont indiqué à la mission être dans l'impossibilité d'identifier précisément dans leurs travaux et dans leurs bases de données ces structures et les soins qu'elles dispensent, ce qui a des conséquences pratiques sur la connaissance et le suivi de l'activité des CSO.

Un exemple de ce flou en Ile-de-France et en région PACA, où seuls quelques établissements chirurgicaux se perçoivent comme CSO

[560] Dans le cadre d'une enquête récente visant à mesurer la qualité de la prise en charge dans l'ensemble des 451 ES pratiquant la CB en France, la HAS a identifié (sur la base de leur numéros FINESS) 44 établissements - soit 7 de plus que le nombre officiel des CSO - s'étant auto-déclarés

³⁵¹ Sauf le contrôle partiel et différé qu'exerce la HAS dans le cadre précité de l'établissement des indicateurs IPAQSS portant sur la prise en charge des patients en amont de la CB.

CSO³⁵². Comme le montre le tableau ci-dessous³⁵³, cet écart de 7 ES s'explique essentiellement par la structure poly-établissements adoptée en Ile-de-France (12 ES pratiquant la CB, rattachés à 4 CSO) et à Marseille (3 ES rattachés à un seul CSO).

Tableau 12 : Liste des établissements pratiquant la chirurgie bariatrique s'étant déclarés CSO à dans le cadre de la campagne IPAQSS 2017

NOM du CSO	N° FINESS	RAISON SOCIALE de L'ETABLISSEMENT
APHM	130780521	APHM HOPITAL NORD
APHM	130783236	APHM HOPITAL LA CONCEPTION
APHM	130783293	APHM TIMONE ADULTES
APHP Zone Centre	750100125	GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE
APHP Zone Centre	750100166	HOPITAL COCHIN/ST VINCENT DE PAUL
APHP Zone Centre	920100013	HOPITAL AMBROISE PARE
APHP Zone Centre	940110018	CHI DE CRETEIL
APHP Zone Nord	750100232	GIH BICHAT/CLAUDE BERNARD
APHP Zone Nord	920100047	HOPITAL LOUIS MOURIER
APHP Zone Nord	930100037	HOPITAL AVICENNE
APHP Zone Sud	750803447	HOP. EUROPEEN G.POMPIDOU/BROUSSAIS
APHP Zone Sud	920100021	HOPITAL ANTOINE BECLERE
APHP Zone Sud	940100027	HOPITAL HENRI MONDOR
C H U ROUEN	760780239	C H U ROUEN
C, H, R, - METZ THIONVILLE	570005165	C, H, R, - METZ THIONVILLE
C,H,R, ORLEANS	450000088	C,H,R, ORLEANS
C,H,R,U, DE LILLE	590780193	C,H,R,U, DE LILLE
C,H,U, D'AMIENS	800000044	C,H,U, D'AMIENS
C,H,U, DE BORDEAUX	330781196	C,H,U, DE BORDEAUX
C,H,U, DE DIJON	210780581	C,H,U, DE DIJON
C,H,U, DE NANCY	540002078	C,H,U, DE NANCY
C,H,U, DE NICE	60785011	C,H,U, DE NICE
C,H,U, DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	970100228	C,H,U, DE POINTE-A-PITRE/ABYMES
C,H,U, DE TOURS	370000481	C,H,U, DE TOURS
CENTRE HOSP, REGIONAL DE POITIERS	860014208	CENTRE HOSP, REGIONAL DE POITIERS
CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS	620100057	CENTRE HOSPITALIER D'ARRAS
CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE	620103440	CENTRE HOSPITALIER DE BOULOGNE
CENTRE HOSPITALIER PAU	640781290	CENTRE HOSPITALIER PAU
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL REUNION	970408589	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL REUNION
CENTRE HOSPITALIER VALENCIENNES	590782215	CENTRE HOSPITALIER VALENCIENNES
CHP ST-GREGOIRE	350000121	CHP ST-GREGOIRE
CHR DE REIMS	510000029	CHR DE REIMS
CHR TOULOUSE	310781406	CHR TOULOUSE

³⁵² HAS - 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

³⁵³ Ce tableau fourni à la mission par la HAS compte 48 lignes, l'écart de 11 établissements qui existe avec le nombre officiel des CSO (37) s'explique par : 1/ le dédoublement des 4 CSO d'Ile-de-France qui couvrent en réalité un réseau de 12 ES sur l'ensemble de la région (soit + 8 par rapport au nombre officiel de 37), le dédoublement du CSO APHM qui couvre en réalité 3 ES (soit + 2 par rapport au nombre officiel de 37) ; un établissement jusqu'alors non répertorié comme CSO, la « clinique de l'Anjou » (soit + 1) et 4 établissements à retrancher car référencés sous le N° FINESS d'un même CSO.

CHU BESANCON	250000015	CHU BESANCON
CHU COTE DE NACRE CAEN	140000100	CHU COTE DE NACRE CAEN
CHU DE MARTINIQUE	970211207	CHU DE MARTINIQUE
CHU LIMOGES	870000015	CHU LIMOGES
CHU MONTPELLIER	340780477	CHU MONTPELLIER
CHU de Clermont Ferrand	630780989	C,H,U, CLERMONT-FERRAND
CHU de Grenoble	380780080	CHU GRENOBLE
CSO Zone Ouest IDF	780001236	CHI DE POISSY ST-GERMAIN
CSO Zone Ouest IDF	780300414	CTRE MEDICO-CHIRURGICAL EUROPE
CSO ouest Anjou	490000031	C,H,R,U, ANGERS
CSO ouest Anjou	490014909	CLINIQUE DE L'ANJOU
Clinique de la Sauvegarde	690780648	CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE
Cso ouest atlantique	440000289	C,H,U, DE NANTES
HOPITAUX UNIVERSITAIRES STRASBOURG	670000025	HOPITAUX UNIVERSITAIRES STRASBOURG
Hospices civils de Lyon	690783154	HOPITAL EDOUARD HERRIOT

Source : HAS (dans le cadre de la campagne IPAQSS 2017)

[561] La HAS ne visait dans son enquête que les ES ayant une activité chirurgicale. Une enquête de même nature couvrant les établissements ayant une activité médicale de prise en charge de l'obésité (endocrinologie, nutrition, psychiatrie...) ferait probablement aussi ressortir d'autres ES aujourd'hui non visibles se considérant comme CSO du fait de leur qualité de partenaire d'un ES siège de CSO.

4.4 L'absence de territorialisation des CSO nuit à leur action et dessert aussi leur visibilité

Les CSO tentent d'animer les acteurs de la prise en charge de l'obésité sur des territoires... non définis.

[562] La liste officielle et publique des CSO/CIO déjà citée - datée du 4 juillet 2012 - qui figure toujours aujourd'hui dans sa forme originelle sur le site du ministère de la santé, comporte trois colonnes : la première liste les 26 régions administratives (DOM compris) en vigueur en 2012, la seconde nomme les CSO qui ont été retenus dans chacune des régions, et la troisième liste les « établissements partenaires » de chaque CSO.

[563] Sauf en Ile-de-France³⁵⁴ et pour deux des trois ES sous statut purement privé³⁵⁵, les CSO de cette liste ne sont pas nommés par référence à une zone géographique ou à un territoire mais par référence au nom de l'ES de rattachement (CHU, CHRU, CHR, CH) suivi du nom de la ville où cet ES est implanté³⁵⁶. C'est donc naturellement cet ES qui apparaît comme incarnant seul le CSO.

³⁵⁴ En Ile-de-France, les 4 CSO sont zonés : AP-HP Nord, AP-HP Centre, AP-HP Sud et Zone Ouest. L'ARS Ile-de-France a indiqué à la mission avoir engagé un travail visant à préciser plus nettement le champ de compétence territorial de ces quatre CSO.

³⁵⁵ Centre hospitalier privé St-Grégoire (seul CSO de la région Bretagne), Clinique de La Sauvegarde (un des 3 CSO de la région Auvergne-Rhône-Alpes) et Clinique Princess de Pau (un des 2 CSO de la région Aquitaine), Parmi ces 3 CSO, seul le dernier cité comprend le nom de la ville où il est implanté dans son nom.

³⁵⁶ Pour les CSO coordonnés par un ES sous statut public, cet ES est généralement aussi celui auquel le CSO est rattaché administrativement, c'est-à-dire celui qui lui accorde ses moyens humains, matériels et financiers (en tout ou partie attribués au CSO par l'ARS s'agissant de ces derniers).

[564] Le choix formel de présentation de la liste des CSO qui a été fait en 2012 illustre ainsi la difficulté à laquelle les CSO ont été d'emblée confrontés pour remplir leur mission d'animation territoriale des acteurs de la prise en charge des personnes obèses. Comment auraient-ils pu animer efficacement les acteurs d'un territoire non borné géographiquement et parfois même partagé de fait entre deux CSO, comme c'est par exemple le cas à Lyon³⁵⁷.

Des CSO ont été amenés à définir eux-mêmes leur territoire

[565] Des CSO ont déjà et à leur niveau apporté un début de réponse à la question de la territorialisation en faisant eux-mêmes évoluer leur nom, allant même jusqu'à le régionaliser complètement pour cinq d'entre eux (au périmètre des anciennes régions). Ainsi peut-on voir dans le tableau ci-après établi à partir d'une liste des CSO annexée à une récente circulaire DGOS³⁵⁸ que les appellations initiales figurant dans la liste de 2012 ont été territorialisées pour 10 des 16 CSO de cette liste.

Tableau 13 : Evolution des appellations d'un échantillon de CSO

Appellation initiale	Appellation apparue récemment
CHU de Reims	CSO Reims
CHU de Nancy	CSO Nancy
CHU de Strasbourg	Centre Spécialisé Obésité sévère – Hôpitaux universitaires de Strasbourg
CHU Bordeaux	CSO Nord Aquitaine
CHU Besançon	CSO Franche-Comté
CHU Toulouse	CSO Midi-Pyrénées
CHU Rouen	CSO Haute-Normandie
CHU Nantes	CSO Ouest-Atlantique
CHU Nice	Centre d'étude et de recherche sur l'obésité de Nice Côte d'Azur
CSO AP/HP Zone Nord	Centre Intégré Nord Francilien de l'Obésité (CINFO)
CSO AP/HP Centre	Centre Intégré de l'Obésité Ile-de-France Centre
CSO AP/HP Zone Sud	Centre spécialisé obésité Ile-de-France Sud
CSO Ile-de-France Zone Ouest	Centre Obésité Ile-de-France Ouest

Source : Mission à partir de la liste officielle des CSO en ligne sur internet et de l'annexe 3 de l'instruction DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017

Au bilan, il semble difficile de demander aux CSO d'avoir une action territorialisée en l'absence de définition géographique de leurs zones de compétence, et accessoirement d'un minimum d'homogénéité dans leurs appellations.

³⁵⁷ A Lyon, deux CSO - les HCL et la clinique de La Sauvegarde - sont présents et compétents pour agir dans la même agglomération.

³⁵⁸ Annexe 3 « Liste des 13 CSO remplissant les 3 pré-requis sur la base des données oNCSO 2015 » à l'instruction DGOS/R4/2017/28 du 26 janvier 2017 relative à la sélection de CSO pour l'expérimentation du parcours OBEPEDIA.

5 L'EVALUATION PREVUE DES CSO N'A PAS ETE REALISEE ALORS QUE LES CHOIX FAITS EN 2012 INTERROGENT AUJOURD'HUI

5.1 L'évaluation des CSO à trois ans prévue par l'instruction de juillet 2011 n'a pas été réalisée

[566] L'instruction de juillet 2011 prévoit qu'un dispositif d'évaluation des CSO est mis en place et une évaluation réalisée tous les trois ans « permettant d'attribuer le renouvellement de la mention de CSO ou de CIO ». Elle ajoute qu'il « sera procédé à un retrait de reconnaissance pour tout centre qui ne se conformerait pas aux conditions définies dans le cahier des charges ». Cinq ans après la création des CSO, la mission ne peut qu'observer :

- que cette évaluation n'a pas été faite et n'est, à sa connaissance, pas programmée ;
- qu'aucun « retrait de reconnaissance » n'a été prononcé, événement qui avait de toute façon peu de chance de se produire en l'absence d'évaluation d'ensemble et de données statistiques disponibles, régulières et fiables sur l'activité et les résultats des CSO.

5.2 Les critères de choix et la carte des CSO apparaissent aujourd'hui datés

[567] La liste et la carte des CSO établies en 2012 ³⁵⁹ apparaissent aujourd'hui datées compte tenu :

- du mouvement de fusions des régions intervenues au 1er janvier 2016 qui fait apparaître désormais d'importants écarts dans le maillage territorial³⁶⁰, manifestement plus dense dans certaines régions (ex : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est, Hauts-de-France) que dans d'autres (ex : Bretagne, Aquitaine, Corse, Occitanie, PACA, Guyane)³⁶¹.

Si l'on prend l'exemple de la région Bretagne où il n'existe aujourd'hui qu'un seul CSO (CH privé St. Grégoire) qui représente 29 % du nombre total des interventions de CB de la région, on observe que, situé à proximité de Rennes, il n'est pas sûr qu'il réponde au critère de proximité alors qu'il est relativement distant de villes comme Brest, Quimper, Saint-Malo ou Vannes dans lesquelles le tableau ci-dessous montre qu'il y a par ailleurs une forte demande de CB.

³⁵⁹ Comme cela serait prévu et en cours, selon une ARS, pour les centres référents d'infections ostéo-articulaires (CRIOA) qui ont été labellisés en 2012 et pour lesquels une procédure de renouvellement a été lancée en 2017 (avec révision des critères et des besoins).

³⁶⁰ Répartition finale des 37 CSO : 5 CSO dans les Hauts de France, 4 en Grand-Est / Ile-de-France / Auvergne-Rhône-Alpes / Aquitaine, 2 en Occitanie / PACA / Centre / Normandie / Bourgogne Franche Comté / Pays-de-Loire, 1 en Bretagne / Martinique / Guadeloupe / La Réunion, 0 en Corse / Guyane.

³⁶¹ Sur 16 ARS répondantes, 81% déclarent ne pas avoir de difficulté d'accès aux soins. La Nouvelle Aquitaine, la Guadeloupe et la Guyane déclarent en avoir.

Tableau 14 : Liste des 10 premiers ES de Bretagne pratiquant la CB (en nombre d'interventions) et part de leur activité dans l'ensemble de l'activité régionale

Etablissements	Nombre d'interventions de CB, (2016)	Nb. d'interventions de CB réalisées / nombre total d'interventions réalisées dans la région
Brest / CHU	80	4 %
Brest polyclinique de Keraudren	89	5 %
Lorient – clinique du Ter	136	7 %
Quimper – Polyclinique de Quimper Sud	169	9 %
Rennes – CH privé Saint Grégoire	535	29 %
Saint-Malo – Polyclinique du Pays de Rance	76	4 %
Saint-Malo - CH	99	5 %
Saint Brieuc - CH	103	6 %
Saint Brieuc – Hôpital privé des Cotes d'Armor	158	9 %
Vannes – Clinique Océane	237	13 %

Source : Mission à partir des données ATIH (Scansanté)

- des évolutions intervenues depuis 2012 dans l'offre de prise en charge chirurgicale de la CB, en termes de répartition régionale des CSO et des établissements non CSO (cf. tableaux supra) ;
- de l'état actuel de la répartition de l'offre de prise en charge des personnes obèses, qui a sans doute évolué depuis 2012 et pour laquelle le critère du nombre d'opérations de CB réalisées par chaque établissement doit aujourd'hui pouvoir être enrichi par le retour d'expérience acquis sur la dimension médicale (donc non chirurgicale) de la prise en charge ;
- des probables évolutions démographiques intervenues depuis 2011 auxquelles s'ajoutent les exceptions au critère démographique (et de prévalence de l'obésité) introduites par les écarts précités et signalés supra par la mission entre la répartition initialement prévue des CSO et la carte effectivement réalisée ;
- de la situation particulière de certaines régions et/ou des évolutions de l'offre de soins qu'elles ont connues ces dernières années :
 - la région Auvergne-Rhône-Alpes compte deux CSO dans la même agglomération, ce qui rend leur action d'animation territoriale concurrente et difficile ;
 - la région Grand-Est compte officiellement quatre CSO dont deux - les CSO du Nancy et de Metz-Thionville - semblent s'être rapprochés au point de pouvoir n'en constituer qu'un seul à l'avenir ;
 - la Corse où il n'y a pas de CSO (alors qu'il était programmé en 2012) et où l'ARS a fait état, dans sa réponse au questionnaire adressé par de la mission, de son souhait d'obtenir la création d'un CSO ;
 - la Guyane, région particulièrement isolée qui connaît une forte prévalence de l'obésité, qui n'a pas de CSO et dont de nombreux patients se font opérer en métropole³⁶² ;
 - la Martinique et la Guadeloupe, qui connaissent des situations atypiques et préoccupantes.

³⁶² Selon les informations recueillies par la mission, la Guyane comptait en 2012 un seul chirurgien viscéral mais ne disposait pas de l'environnement pluridisciplinaire nécessaire à la prise en charge des patients devant subir et ayant subi une intervention de CB (endocrinologie, réanimation, diététicien, psychologue). Selon le rapport de mission du 30 mars 2013 sur la prise en charge médico-chirurgicale de l'obésité en Guyane établi à la demande de l'ARS Guyane par les Prs. Jean Luc Bouillot et Sébastien Czernichow, aucune structure ne remplissait sur ce territoire l'ensemble des conditions pour devenir CSO.

De façon plus générale, l'analyse des besoins des régions – notamment en CSO - pourrait utilement se nourrir des différences de taux de fuite constatées entre régions³⁶³. Le tableau ci-dessous montre en effet que trois des régions métropolitaines qui ne disposent que de deux CSO (Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Normandie) ont un taux de fuite supérieur à 11 %, tandis que la région qui a le taux de fuite le plus faible (Hauts-de-France) dispose pour sa part de cinq CSO. En l'absence de données disponibles, ce taux de fuite vers le continent est inconnu pour la Corse, mais on peut raisonnablement penser qu'il est élevé.

Tableau 15 : Taux de fuite inter-régional - Métropole en 2016

Région de résidence des patients	Séjours consommés par les patients de la région	- dont séjours consommés dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
Auvergne-Rhône-Alpes	5 947	319	5,40 %
Bourgogne-Franche-Comté	2 688	403	15,00 %
Bretagne	1 740	50	2,90 %
Centre-Val de Loire	1 866	458	24,50 %
Corse³⁶⁴	228	.	.
Grand Est	4 116	261	6,30 %
Hauts de France	5 902	103	1,70 %
Ile-de-France	10 922	1 128	10,30 %
Normandie	3 008	348	11,60 %
Nouvelle Aquitaine	3 772	262	6,90 %
Occitanie	5 350	402	7,50 %
Pays de la Loire	1 397	120	8,60 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 870	244	5,00 %

Source : ATIH (Scansanté)

[568] Comme le montre le tableau suivant des taux de fuite dans les DOM, la situation de l'offre outre-mer apparaît pour sa part préoccupante en Guadeloupe et en Guyane.

Tableau 16 : Taux de fuite inter-régional DOM en 2016

Région de résidence des patients	Séjours consommés par les patients de la région	- dont séjours consommés dans d'autres régions	Taux de fuite de la région
Guyane³⁶⁵	19	19	100,00 %
Martinique	226	4	1,80 %
Guadeloupe	144	55	38,20 %
La Réunion	412	.	.

Source : ATIH (Scansanté)

³⁶³ Le taux de fuite interrégional calculé par l'ATIH est défini par cette agence comme étant le nombre de séjours consommés dans d'autres régions rapporté au nombre de séjours consommés par les patients de la région.

³⁶⁴ L'absence totale de fuite en Corse paraît étonnante et mériterait sans doute d'être vérifiée.

³⁶⁵ Les données PMSI figurant sur Scansanté ne mentionnent aucun établissement pratiquant la CB en Guyane, mais le nombre de 19 séjours liés à la CB - tous réalisés ailleurs que sur ce territoire (Antilles ?) - mériterait d'être vérifié car il apparaît étonnamment faible au regard des probables besoins de de CB ce territoire et de l'incidence de l'obésité qu'il connaît.

A cet égard, l'enquête réalisée en septembre 2017 par le GCC CSO indique que si 81 % des 16 ARS ayant renseigné l'item correspondant ne signalent pas de difficulté d'accès à la CB, trois ARS dont celles de Guadeloupe et de Guyane en signalent.

ANNEXE 5

LE FINANCEMENT DES SOINS AUX PERSONNES OBESES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

1	LE COUT DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE OBESE EN ETABLISSEMENT MCO DOIT PRENDRE EN COMPTE DE NOMBREUX PARAMETRES.....	217
1.1	Les fonctions assignées à la CCAM et aux GHM induisent des différences de perception sur la prise en charge des personnes obèses en chirurgie	217
1.1.1	La CCAM rend compte de la diversité des techniques opératoires en CB.....	218
1.1.2	Les GHS et GHM qui recensent la chirurgie de l'obésité ne permettent pas d'avoir une vision claire et précise des pratiques	219
1.2	La détermination des tarifs depuis plusieurs années traduit une volonté de rééquilibrage .	220
1.2.1	Les baisses des tarifs de chirurgie de l'obésité entre 2012 et 2017 paraissent fortes, mais ne freinent pas l'intérêt qu'y portent les responsables d'établissements	220
1.2.2	La baisse des tarifs de médecine de l'obésité, entre 2010 et 2017 est relativement faible..	223
1.3	Les dépassements d'honoraires et le mécanisme de dégressivité participent aussi à la détermination des coûts.....	225
1.3.1	Les dépassements d'honoraires sont fréquents et nettement supérieurs au niveau moyen des actes.....	225
1.3.2	La raison d'être du mécanisme de dégressivité ne saurait cacher les limites de son application.....	226
2	LA TARIFICATION DES SEJOURS EN ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR), UN REFORME QUI SE MET PROGRESSIVEMENT EN PLACE DEPUIS MARS 2017	228
2.1	Longtemps discutés, les principes de la réforme de la tarification des SSR ont permis les début de sa mise en place en 2017	228
2.2	Il n'est pas encore possible de porter une appréciation sur les effets de la réforme du financement des SSR sur leur prise en charge des personnes obèses	229

1 LE COUT DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE PERSONNE OBESE EN ETABLISSEMENT MCO DOIT PRENDRE EN COMPTE DE NOMBREUX PARAMETRES

[569] Il semble assez aisé de connaître le nombre de personnes obèses sévères ou morbides ayant subi une intervention bariatrique puis, connaissant le niveau de sévérité et donc la valorisation du séjour, de calculer un coût total de ces prises en charge.

[570] Cette affirmation liminaire doit être cependant complétée par trois remarques qui modifient fortement ce qui semblait a priori une estimation simple à établir :

- les personnes obèses sévères ou morbides prises en charge dans des établissements MCO ne le sont pas uniquement pour une intervention de chirurgie bariatrique. Elles peuvent l'être aussi pour des soins relevant de la médecine, en hospitalisation complète ou en HDJ, dans la perspective ou à la suite d'une opération de CB, ou sans lien avec une telle opération ;
- pour les établissements MCO, la valorisation des séjours classés en « groupes homogènes de malades » (GHM) par les tarifs est l'aboutissement d'un calcul généralement complexe et la prise en charge de l'obésité sévère ou morbide n'échappe pas à cette complexité ;
- la valorisation de ces GHM est, en outre, l'objet de bornes basse et haute relatives à la durée du séjour et de règles spécifiques pour l'hospitalisation de jour.

[571] A ces remarques s'ajoutent, en outre, les différences de périmètre des tarifs des établissements publics (ou privés non lucratifs) et ceux des établissements privés à but lucratif ainsi que la nécessité de prendre en compte les dépassements d'honoraires pratiqués de façon prépondérante dans les établissements privés où exercent des praticiens libéraux³⁶⁶.

1.1 Les fonctions assignées à la CCAM et aux GHM induisent des différences de perception sur la prise en charge des personnes obèses en chirurgie

[572] L'application de la T2A dans les établissements MCO, engagée à la suite de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, impose la définition de « groupes homogènes de malades » (GHM)³⁶⁷ et de tarifs de prestations correspondant. Ainsi, chaque année sont publiés des arrêtés qui énoncent, d'une part, les GHS et les GHM tel l'arrêté du 27 février 2017³⁶⁸ (...), dans ses 158 pages au JO et, d'autre part, les tarifs des prestations, tel l'arrêté du 13 mars 2017³⁶⁹ (et ses 309 pages au JO).

[573] Les processus qui ont conduit à déterminer, d'une part, une méthode pour constituer une liste des GHS et des GHM et, d'autre part, les algorithmes de classement des séjours dans ces GHM seront considérés ici comme des données. Au contraire, seront présentées et discutées :

- la « correspondance » entre types d'intervention, codes CCAM et racines de GHM ;
- les difficultés qui en découlent pour observer les pratiques de chirurgie bariatrique.

³⁶⁶ et par certains praticiens hospitaliers disposant d'un secteur « privé »

³⁶⁷ Plus précisément, dans le cas de la T2A en France, des « groupes homogènes de malades » (GHM) ; à chaque GHM est associé généralement un ou plusieurs « groupe homogènes de séjour », c'est-à-dire un tarif. Plusieurs niveaux de sévérité sont déterminés dans la plupart des GHM.

³⁶⁸ arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Au préalable, par exemple, l'arrêté du 14 février 2014 modifiant l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du CSS

³⁶⁹ Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

1.1.1 La CCAM rend compte de la diversité des techniques opératoires en CB

[574] La classification commune des actes médicaux (CCAM) recense les actes médicaux pratiqués en ville ou à l'hôpital et sert de base pour leur facturation. Les actes de chirurgie bariatrique pour des personnes en état d'obésité morbide ou sévère avec comorbidités, recensés dans la CCAM, sont présentés dans le tableau suivant. Dans celui-ci, les opérations réalisées par laparotomie et par coelioscopie figurent sur une même ligne. Par ailleurs, les tarifs de remboursement ont été ajoutés dans les 2 dernières colonnes.

Tableau 1 : Les actes de chirurgie bariatrique selon la CCAM (et leur tarifs de remboursement)

Type d'intervention selon la CCAM (dans tous les cas, « pour obésité morbide », expression enlevée de toutes les formulations ci-après)	Codes CCAM		Tarif (en €) au 01/07/2017 *	
	<i>pour coelio scopie</i>	<i>pour laparo tomie</i>	<i>par coelio scopie</i>	<i>par laparo tomie</i>
Pose et ablation de ballon intragastrique , par oeso-gastro-duodénoscopie	HFLE002		Non pris en charge	
Court-circuit biliopancréatique ou intestinal	HGCC027	HGCA009	850,8	1106,04
Court-circuit [Bypass] gastrique	HFCC003	HFCA001	591,31	562,95
Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy]	HFFC018	HFFA011	511,19	595,56
Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal	HFFC004	HFFA001	625,34	595,56
Gastroplastie verticale calibrée	HFMC006	HFMA010	452,34	314,8
Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique ,	HFMC007	HFMA009	452,34	314,8
Changement d'un anneau ajustable périgastrique	HFKC001	HFKA002	587,76	409,09
Repositionnement ou ablation d'un anneau ajustable périgastrique	HFMC008	HFMA011	587,76	409,09
Changement ou repositionnement du dispositif d'accès d'un anneau ajustable périgastrique, par abord direct	HFKA001		104,50	

Source : Mission IGAS, à partir de données CNAMTS * Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)

[575] Cette présentation conduit à effectuer quelques observations sur les actes inclus dans le périmètre de la chirurgie bariatrique :

- les actes d'ablation, changement ou repositionnement d'anneau, font l'objet d'une distinction dans la codification, mais non dans la tarification. Ils sont 30 % plus chers que la pose d'anneau (pour chacune des voies d'abord) ;
- le tarif de la gastroplastie verticale calibrée est le même que celui de la pose d'anneau ;
- les actes de pose et ablation d'un ballonnet intra-gastrique ne sont pas remboursés.

[576] A ces observations, s'ajoutent :

- une question « générale » sur une éventuelle incitation par les tarifs à la coelioscopie³⁷⁰ ;
- la différence assez nette entre la classification de la CCAM et celle des GHS/GHM ; qu'illustrent d'ailleurs les actes de dermolipectomie, qui ne sont pas logiquement mentionnés dans le tableau ci-dessus, mais qui figurent dans la racine 10C10 (autres interventions pour obésité ; voir ci-après).

³⁷⁰ Car technique moins intrusive que la laparotomie, demandant un temps d'intervention moins long et moins dangereuse.

1.1.2 Les GHS et GHM qui recensent la chirurgie de l'obésité ne permettent pas d'avoir une vision claire et précise des pratiques

[577] Dans le tableau suivant, sont récapitulés les divers GHM concernés, leur « borne haute » de durée du séjour³⁷¹ ainsi que le nombre de séjours recensés par l'ATIH en 2016

Tableau 2 : Les GHM correspondant à des prises en charge chirurgicale pour obésité

GHM	Libellé du GHM <i>et opérations correspondantes ; pour plus de détail, voir le tableau ci-après</i>	Niveaux éventuels	Borne haute (en jours)	Nombre de séjours	
					% rapporté à la racine
racine				2 689	100 %
10C091	10C09 Gastroplastie pour obésité (pose d'anneau & gastroplastie verticale calibrée)	1	5		96,0 %
10C092		2			3,3 %
10C093		3			0,5 %
10C094		4			0,2 %
racine				17 833	100 %
10C101	10C10 Autres interventions pour obésité (dermolipectomie et changement, repositionnement ou ablation d'anneau)	1	7		86,9 %
10C102		2	10		11,6 %
10C103		3	28		1,3 %
10C104		4			0,2 %
racine				49 314	100 %
10C131	10C13 Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité (<i>sleeve</i> ; <i>by pass</i> gastrique ; gastrectomie avec court circuit bilio-pancréatique ou intestinal ; ...)	1	7		78,6 %
10C132		2	9		18,1 %
10C133		3	20		2,3 %
10C134		4	68		0,7 %

Source : Mission IGAS, à partir de données Scan Santé

[578] Apparaît ainsi, une organisation des GHM avec :

- des nombres de séjours extrêmement différents selon les racines (d'un facteur de 1 à 18 entre les racines 10C09 et 10C13) ;
- une addition, dans chacune des racines de GHM, de perspectives très différentes :
 - 10C09 : d'une part, la technique de l'anneau et, d'autre part, une méthode quasiment plus pratiquée (la gastroplastie verticale calibrée) ;
 - 10C10 : d'une part, la chirurgie esthétique (indispensable après une perte de poids massive) et, d'autre part, les suites d'une pose d'anneau (son changement, son repositionnement ou son ablation) ;
 - 10C13 : 4 techniques opératoires y sont regroupées, la gastrectomie longitudinale (*sleeve*) ; le court-circuit (*by pass*) gastrique ; le court-circuit biliopancréatique ou intestinal ; la gastrectomie avec court-circuit bilio-pancréatique ou intestinal.

[579] Ces regroupements de techniques et d'actes peu semblables, voire très différents, dans une même racine sont discutables (même s'il reste possible de revenir aux actes de la CCAM). Ils le sont d'autant que les nombres des séjours correspondants sont eux aussi très différents.

³⁷¹ La borne haute d'un séjour est le nombre de jours, au-delà duquel un complément est apporté au tarif du GHM

1.2 La détermination des tarifs depuis plusieurs années traduit une volonté de rééquilibrage

[580] La détermination des tarifs des GHM semble très simple (grâce à la comptabilité analytique) dans une présentation ex cathedra, mais nécessite dans les faits une mécanique d'une très grande complexité (en pratique opérée par l'ATIH), notamment :

- Le recueil d'informations fiables sur les coûts de prise en charge ; ce recueil est réalisé auprès d'établissements suffisamment nombreux et divers ainsi que formés et accompagnés pour s'assurer de la qualité des données qu'ils transmettent, pour constituer un « échantillon de référence » ;
- Le calcul des coûts correspondants pour l'ensemble de l'activité hospitalière, soit plus de 2500 GHM, et en rappelant que si les principes de la T2A s'appliquent de façon semblable pour tous les établissements de santé, une différence persiste entre, d'une part, les établissements publics et privés ESPIC et, d'autre part, les établissements à but lucratif en ce qui concerne la facturation des honoraires médicaux ;
- L'appréciation de la fiabilité de ces calculs en regard du nombre de séjours ayant été effectivement prise en compte et la production de « tarifs issus des coûts » (TIC).

[581] Ces quelques lignes seront censées suffire, car l'objectif, ici, n'est pas de brosser un tableau même rapide des progrès du PMSI depuis le début des années 1980, ni des conditions de mise en place de la T2A à partir des années 2004-2005 ; il est de prévenir que certaines données valorisées en euro et présentées ci-après ont besoin de compléments d'informations pour être bien comprises.

1.2.1 Les baisses des tarifs de chirurgie de l'obésité entre 2012 et 2017 paraissent fortes, mais ne freinent pas l'intérêt qu'y portent les responsables d'établissements

[582] La diversité des racines et des niveaux de sévérité à laquelle s'ajoute la dualité déjà signalée selon la nature juridique de l'établissement, imposent quelques éclairages avant toute appréciation. Ainsi les baisses des tarifs des GHM 10C131, 10C132, 10C133 et 10C134 entre 2012 et 2017, pour les établissements privés à but lucratif ainsi que pour les établissements publics et privés à but non lucratif paraissent fortes (voir tableau ci-dessous) mais ne sont pas aussi surprenantes que leur % d'évolution donneraient à penser.

Tableau 3 : Evolution entre 2012 et 2017 des tarifs et des nombres de séjours des GHM 10C31, 10C32, 10C33 et 10C34 pour les établissements privés à but lucratif et publics et privés non lucratifs

	Tarifs en € / nombre de séjours							
Années	10C131		10C132		10C133		10C134	
	établissements privés à but lucratif							
2012	3 802,59	13 868	4 824,70	4 103	9 785,05	702	15 279,52	139
2013	3 790,82	17 437	4 775,56	4 378	9 764,71	629	15 234,20	138
2014	3 791,91	20 186	4 500,28	5 110	8 531,37	637	15 265,43	143
2015	3 745,89	22 124	4 445,67	4 896	8 427,84	647	15 080,18	150
2016	3 424,49	24 276	4 435,44	5 419	8 408,46	620	15 045,5	160
2017	3 240,66		3 918,98		6 566,23		14 920,3	
Evolut° 2012/2017 (2016)	-15 %	+ 75 %	-19 %	+ 32 %	-33 %	-12 %	-2,5 %	+15 %
	établissements publics et privés à but non lucratif							
2012	4 759,21	7 617	6 230,52	2 849	12 812,95	450	21 725,78	156
2013	4 714,19	10 476	6 111,89	2 873	12 694,04	534	21 524,14	190
2014	4 687,95	11 941	6 120,88	3 319	11 316,72	506	20 774,22	202
2015	4 688,68	13 301	6 121,83	3 073	11 318,48	480	20 777,45	156
2016	4 663,54	14 478	5 295,71	3 666	11 233,65	525	20 621,73	170
2017	4 539,61		5 211,42		11 086,29		18 097,92	
Evolut° 2012/2017 (2016)	-4,5 %	+ 90 %	-16 %	+29 %	-14 %	+16 %	-17 %	+9 %

Source : Mission IGAS à partir de données ATIH

[583] En effet ces évolutions des tarifs :

- sont fondées sur la logique de comptabilité analytique, considérée comme un outil certes avec ses forces et ses limites mais qui fournit une référence. Des baisses de tarif peuvent par exemple s'expliquer par un « rattrapage » après des années de surestimation ;
- ne peuvent ignorer la baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) ;
- doivent être regardées en même temps que les évolutions du nombre de séjours ; or, mis à part le seul niveau de sévérité n° 3 dans les établissements à but lucratif, les nombres de patients croissent fortement, voire très fortement, avec donc un très probable gain d'efficacité ;
- ne peuvent que s'inscrire dans la logique de l'ONDAM³⁷² qui s'applique à l'ensemble des établissements (établissements privés lucratifs, établissements non lucratifs et établissements publics).

[584] D'ailleurs, aucun des responsables rencontrés n'a prétendu, avec des données tirées de son établissement, que les tarifs actuels conduisaient à des pertes.

[585] En outre, des écarts, parfois importants, peuvent être constatés entre « tarifs » (publiés par arrêtés) et « tarifs issus des coûts » (TIC ; c'est-à-dire calculés par la mécanique comptable). En effet, ces écarts s'expliquent par la nécessité de ne pas s'en remettre à un « tout automatique »³⁷³ ce

³⁷² Enveloppe fixée ex ante par le parlement (dans la LFSS) et qui impose des choix aux acteurs, notamment en matière de tarifs pour éviter que des évolutions « prix » x « nombre d'actes » conduisent à un dépassement de cette enveloppe.

³⁷³ Et d'éviter des changements trop brusques, voir erratiques qui risqueraient de provoquer des réactions malencontreuses de gestionnaires d'établissements et des risques pour le maintien de l'offre de soins et son accessibilité.

que le tableau suivant permet d'illustrer. Les écarts importants (en rose) entre « tarifs » et « tarifs issus des coûts (TIC) » touchent des GHM qui concernent peu de séjours (et donc qui reposent sur une base statistique faible créant une incertitude sur le montant exact des ressources consacrées à ces activités) et pourraient induire des suppléments de recettes pour les établissements.

Tableau 4 : Nombre d'interventions 2016 et tarifs 2017, valeur des séjours et écart entre tarifs les GHM 10C091, 10C131, 10C132 et 10C133 pour les établissements publics + privés sans but lucratif et les établissements privés à but lucratif

		Etablissements publics + privés SBL					Etablissements privés à but lucratif				
		Nombre interventions 2016	Tarifs 2017 en € arrondis	Ecart tarif / TIC	Valorisation par les tarifs (en K€) /	Ecart entre valorisation (en K€)	Nombre interventions 2016	Tarifs 2017 en € arrondis	Ecart tarif / TIC	Valorisation par les tarifs (en K€)	Ecart selon valorisation (en K€)
Gastroplasties pour obésité, niveau 1 (10C091)		480	4 157	0,3 %	2 043	5	2 140	2 429	-1,9 %	5 233	-102
Interventions digestives autres que les gastroplasties pour obésité	niveau 1 (10C131)	14 852	4 540	1,9 %	67 099	+1 224	24 470	3 241	6,7 %	79 303	+4 964
	niveau 2 (10C132)	3 641	5 211	0,2 %	18 972	+35	5 455	3 919	19,0 %	21 480	+3 425
	niveau 3 (10C133)	528	11 086	47,0 %	5 868	1 877	620	6 566	24,2 %	4 280	+834
	niveau 4 (10C134)	180	18 673	11,8 %	3 354	354	160	15 112	nd	2 418	nd
Totaux (pour les seuls GHM qui figurent dans ce tableau)		19 681			97 335	3 496	32 685			110 296	9 122

Source : Mission IGAS à partir de données ATIH

[586] D'où il apparaît que :

- les tarifs en vigueur pour les établissements publics + privés ESPIC et les établissements privés à but lucratif sont proches (en tenant compte du mode de facturation des honoraires des chirurgiens et anesthésistes) et, parfois, nettement supérieurs au tarif issu des coûts (ex : 10C133, dont le nombre d'interventions est faible, où l'écart avec le TIC, est respectivement : +47,0 % et 24,2 %). Pour 10C132, un pareil écart se retrouve (tarif nettement supérieur au tarif issu des coûts ; + 19 %) mais seulement au bénéfice des établissements privés lucratifs ;
- la fixation de tarifs supérieurs aux TIC induit une somme totale payée aux établissements de 12,5 M€ : 3 496 K€ pour les établissements publics + privés ESPIC ; 9 122 K€ pour les autres établissements ; ce qui, en pourcentage, représente respectivement : 3,5 % et 8,3 %³⁷⁴ de leurs ressources issues de la CB.

[587] De façon plus systématique, le tableau suivant présente les tarifs, en €, fixés par l'arrêté du 13 mars 2017, d'une part, pour les établissements publics + privés ESPIC, d'autre part, pour les établissements privés à but lucratif ainsi que les bornes hautes des séjours des GHM pour prise en charge chirurgicale de l'obésité.

³⁷⁴ Mais sans tenir compte de reversements pour utilisation de salle d'opération ou autres participations

Tableau 5 : Les GHM des prises en charge chirurgicale pour obésité ; borne haute et tarifs 2017

GHM	Libellé du GHM (et opérations correspondantes)	Borne haute (en jours)	Tarif en € étab publics ou privés ESPIC	Tarif en € étab privés lucratifs
10C091	Gastroplastie pour obésité (pose d'anneau & gastroplastie verticale calibrée)	10	4 157,38	2 429,38
10C092		15	5 581,03	3 408,50
10C093		28	10 611,25	5 357,77
10C094			20 045,75	6 679,09
10C131	Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité) (sleeve ; by pass gastrique ; gastrectomie avec court circuit bilio-pancréatique et ...	17	4 539,61	3 240,66
10C132		22	5 211,42	3 918,98
10C133		31	11 086,29	6 566,23
10C134		68	18 097,92	14 920,30
10C101	Autres interventions pour obésité (changement, un repositionnement ou ablation d'anneau)	11	2 830,59	1 290,32
10C102		16	3 836,73	1 915,57
10C103		28	8 540,15	3 689,13
10C104			13 859,05	5 771,24

Source : Mission IGAS à partir de l'arrêté tarifaire du 13 mars 2017

[588] Ce tableau fait apparaître des différences de tarifs :

- faibles à niveau de gravité égal pour deux GHM (racines 10C09 et 10C13) qui sont déterminés par la famille de techniques opératoires (mais non pour la racine 10C10 qui correspond à un changement, un repositionnement ou une ablation d'anneau) ;
- sensibles selon le type d'établissements, mais ces écarts s'expliquent largement par le mode de facturation des honoraires des chirurgiens et des anesthésistes qui interviennent dans les établissements privés lucratifs ;
- très nette selon le niveau de sévérité et, pour les niveaux 3 et 4, des écarts de tarifs pouvant aller de 1 à 2, voir de 1 à 3 entre types d'établissements.

[589] Or, de l'avis plusieurs fois exprimé spontanément par des chirurgiens rencontrés durant la mission, la technicité requise et le temps nécessaire pour des types d'opération distincts (pose d'anneau, sleeve, by pass) sont nettement différents.

[590] Mais la logique de la T2A ne permet pas que ceci se traduise aisément en termes financiers, et tout spécialement pour les établissements publics ; car pour les établissements privés à but lucratif, interviennent la facturation séparée des honoraires et les niveaux de tarifs de la CCAM (voir tableau 1).

1.2.2 La baisse des tarifs de médecine de l'obésité, entre 2010 et 2017 est relativement faible

[591] Les deux tableaux ci-dessous présentent les tarifs des 5 niveaux du GHM de médecine « obésité » entre 2010 et 2017 ainsi que les niveaux des bornes hautes (durée normalement maximale) et du tarif extrêmement haut (applicable aux journées d'hospitalisation au delà de la borne haute) : pour les établissements MCO public ou privés non lucratif (tableau 6) et pour les établissements MCO privés commerciaux (tableau 7).

Tableau 6 : Evolution entre 2010 et 2017, des tarifs et des bornes hautes pour les 5 GHM de médecine pour obésité en établissement MCO public ou privé non lucratif

GHM	Tarifs arrondis à l'euro le plus proche								Evolution des tarifs 2010 à 2017	bornes hautes (en jours)		Tarif extrême haut	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		2010 à 2016	2017	2016	2017
10M091	1 520	1 510	1 513	1 499	1 501	1 491	1 479	1 362	-10,4 %	7	5	79	114
10M092	2 774	2 757	2 761	2 734	2 740	2 721	2 647	2 609	-6,0 %	18	10	71	63
10M093	3 669	3 647	3 655	3 621	3 649	3 624	3 597	3 422	-6,7 %	31	23	70	237
10M094	5 540	5 506	5 515	5 464	5 505	5 467	5 426	6 338	+14,4 %	57		178	
10M09T très courte durée³⁷⁵	519	516	516	512	512	509	505	501	-3,5 %				

Source : Mission IGAS à partir des arrêtés tarifaires annuels

[592] Ces tarifs connaissent une évolution continue à la baisse (sauf le tarif de niveau 4 qui connaît, en 2017, une augmentation de près de 17 % après 6 années d'érosion). Cette baisse est cependant bien moindre que celle des tarifs de chirurgie (voir tableau 3 ci-dessus)

[593] En 2017, la nette augmentation du tarif de niveau 4 va de pair avec la suppression de la borne haute pour ce niveau (et corrélativement du tarif extrêmement haut pour ce niveau) et de fortes modifications des bornes hautes et des tarifs extrêmement hauts pour les niveaux 1, 2 et 3.

[594] Cette traduction dans l'arrêté fixant les tarifs d'une volonté de faciliter des prises en charge longues en milieu hospitalier de personnes dont l'IMC est supérieur à 40 ou plus et souffrant de pathologies associées (notamment des personnes dont l'IMC est supérieur à 55 et dites « superobèses ») n'a pas été signalée spontanément à la mission, alors qu'elle répond à la fois à une logique comptable de vérité des coûts et à une logique de santé publique car elle facilite la gestion des parcours de soins des personnes concernées.

Tableau 7 : Evolution entre 2010 et 2017, des tarifs et des bornes hautes pour les 5 GHM de médecine pour obésité en établissements MCO privés à but lucratif

GHM	Tarifs arrondis à l'euro le plus proche								Evolution des tarifs 2010 à 2017	bornes hautes (en jours)		Tarif extrême haut	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		2010 à 2016	2017	2016	2017
10M091	845	844	846	1 120	1 122	1 104	1 101	1 094	+ 30 %	11	11	63	68
10M092	1 476	1 475	1 477	1 438	1 441	1 417	1 414	1 402	- 5 %	16	16	77	64
10M093	2 073	2 071	2 074	2 068	2 072	2 038	2 033	2 040	- 1,5 %	24	24	154	147
10M094	3 213	3 210	3 215	3 205	3 212	3 159	3 152	3 141	- 2,2 %				
10M09T très courte durée	191	191	191	191	191	188	188	187	- 2,0 %				

Source : Mission IGAS à partir des arrêtés tarifaires annuels

³⁷⁵ En ce qui concerne les règles applicables à la tarification des HDJ, on se référera à l'annexe 3

[595] Ce deuxième tableau met en lumière :

- En le comparant au tableau n° 6, les importants écarts de tarifs pour un même GHM, en raison du financement distinct des actes médicaux dans les établissements privés à but lucratif
- Une très légère baisse des tarifs, sauf pour le tarif du 1^{er} niveau, qui connaît 2 paliers : un avant 2013 et un autre après

1.3 Les dépassements d'honoraires et le mécanisme de dégressivité participent aussi à la détermination des coûts

1.3.1 Les dépassements d'honoraires sont fréquents et nettement supérieurs au niveau moyen des actes

[596] La pratique de dépassements est couramment répandue en chirurgie, en général et elle peut être observée dans la chirurgie bariatrique. L'ATIH a fourni à la mission, pour l'année 2015 un tableau pour les 3 actes de chirurgie les plus pratiqués (soit environ 2/3 des opérations réalisées en 2015), en précisant les dépassements des chirurgiens et des médecins anesthésistes, à partir duquel a été construit le tableau suivant.

Tableau 8 : Les dépassements d'honoraires des chirurgiens et des anesthésistes : importance en nombre et en valeur pour trois types d'interventions (données 2015)

Acte et CCAM (tous pour obésité morbide, par coelioscopie)	Nb étab.		Nb actes renseignés	Nb actes avec dépassement	% actes avec dépassement	Prix unitaire moyen de l'acte	Dépas- sement moyen
						(en euro)	
Gastrectomie longitudinale [Sleeve gastrectomy]	230	Anesthésie	18 200	9 300	51 %	216	323
		Chirurgie	18 000	13 100	73 %	440	822
Court-circuit gastrique [Bypass]	162	Anesthésie	8 900	8 900	47 %	231	325
		Chirurgie	8 700	4 200	76 %	507	890
Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique	132	Anesthésie	2 200	1 200	55 %	157	233
		Chirurgie	2 300	1 600	68 %	406	717

Source : IGAS à partir de données ATIH

[597] Ce tableau fait ressortir :

- La fréquence de la pratique des dépassements : pour les chirurgiens, dans environ 70 % des cas ; pour les anesthésistes, dans environ 50 % des cas ;
- L'importance de ces dépassements : pour les chirurgiens, 175 % de dépassements pour le court circuit gastrique et la pose de l'anneau, et 187 % pour la sleeve ; pour les anesthésistes, environ 150 % du prix unitaire moyen.

[598] Un calcul arithmétique à partir du tableau ci-dessus conduit à un montant total annuel (en 2015) d'environ 22M€ et permet d'envisager que des enjeux financiers influent sur l'organisation et le choix de parcours de soins.

1.3.2 La raison d'être du mécanisme de dégressivité ne saurait cacher les limites de son application

1.3.2.1 La dégressivité tarifaire, introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, a dû attendre 2015 pour commencer à entrer en application

[599] Le mécanisme de dégressivité a été introduit par l'article 41 de la loi du 23 décembre 2013 de financement pour la sécurité sociale en 2014 (codifié en art. L.162-22-9-2 du code de la sécurité sociale) à la suite de laquelle sa mise en œuvre a été assurée par 4 textes³⁷⁶:

[600] Cet article 41 de la LFSS 2014 (et art. L.162-22-9-2 du CSS) présente clairement, dans chacun de ses trois alinéa, le mécanisme visant à limiter des accroissements d'activité trop rapides de la part de certains établissements de santé :

art. L.162-22-9-2 du code de la sécurité sociale (issu de l'article 41 de la LFSS en 2014)

L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité.

Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation ou d'un ensemble de prestations d'hospitalisation d'un établissement de santé soumis aux dispositions du premier alinéa du présent article est supérieur au seuil fixé en application du même alinéa, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables à la prestation ou à l'ensemble de prestations concernés sont minorés pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement des seuils. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités.

[601] Les choix des pouvoirs publics ont porté sur :

- des évolutions en taux (et non en volume) fixés pour l'ensemble national (et non par région) ;
- 25 racines de GHM, pour des activités en lien avec la pertinence des soins ; et on notera que 2 de ces 25 racines concernent des opérations bariatriques ;
- des seuils de déclenchement différents selon la racine du GHM concernée : ainsi le seuil est de 5 % pour la racine 10C09 « gastroplastie pour obésité »³⁷⁷ à 53 % pour la racine 10C13 « Interventions digestives autres pour obésité »³⁷⁸.

³⁷⁶ - Le décret n° 2014-1701 du 30 décembre 2014 relatif à la dégressivité tarifaire applicable aux établissements de santé prévue à l'article L. 162-22-9-2 du code de la sécurité sociale

- L'arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire prévus par l'article R. 162-42-1-4 du code de la sécurité sociale
 - L'arrêté du 11 août 2015 fixant le montant minimum en deçà duquel les sommes dues au titre de la dégressivité tarifaire ne sont pas récupérées
 - La Notice technique ATIH n° CIM-MF- 1055-2015 du 20 octobre 2015 : « notice complémentaire » assortie de la « notice de lecture du fichier établissement – Dégressivité tarifaire »

³⁷⁷ Ce seuil de 5% s'applique aussi, par exemple pour la racine 06C09 « appendicectomies non compliquées » ou la racine « 14C08 « césariennes pour grossesse unique »

³⁷⁸ Ce % est de loin le plus élevé, après lui, arrivent 36 % pour la racine « injection de toxine botulique dans l'appareil urinaire » (11C12) et 33 % pour les « arthroscopies d'autres localisations » (08C40)

[602] En outre il a été décidé³⁷⁹ que :

- Le montant à récupérer (le cas échéant) par l'assurance maladie serait égal à 20 % des recettes au-delà du seuil, pour chaque racine de GHM ;
- Un établissement n'est pas soumis à récupération, si le montant total de la récupération est inférieur à 15 000€ ;
- le total de la récupération, quelle que soit la racine, ne peut être supérieur à 1 % des recettes issues de l'assurance maladie.

[603] Les effets de ces choix, notamment pour la chirurgie bariatrique, sont présentés ci-après.

1.3.2.2 L'impact de la dégressivité tarifaire apparaît faible et pourrait être mis en balance avec la mise en œuvre d'autres dispositifs

[604] La mission a pu étudier l'application, en 2016, de la « dégressivité » sur l'activité 2015 ; les principales observations qui peuvent être réalisées sont :

- 225 établissements de santé sont soumis à récupération, quelle que soit la racine, pour un montant total d'environ 9 M€ ; soit 143 établissements publics ou privés ESPIC (pour environ 6 M€) et 82 établissements privés lucratifs (pour environ 3 M€) (mais 453 autres établissements auraient été soumis à récupération si n'avaient pas été posées les règles de non-récupération au dessous de 15 000€)
- Quant aux opérations bariatriques, elles sont la troisième source de récupération (avec 680K€) loin derrière les interventions sur le cristallin (1 990 K€) et les prothèses de genou (875K€).

[605] La liste des établissements soumis à récupération pour les racines de GHM 10C09 ou 10C13, montre que le mécanisme de calcul retenu conduit à repérer :

- surtout des établissements où peu d'opérations sont effectuées : moins de 5 opérations dans 31 établissements ; moins de 15 opérations dans 16 autres établissements ; moins de 30 opérations dans 11 autres établissements (sur 70 établissements identifiés) ;
- des établissements où les besoins sont importants (dans les départements du Nord et du Pas de Calais, ainsi qu'en Seine Saint-Denis et Val d'Oise).

[606] Au total donc, ce mécanisme de régulation financière ex post, fondé sur des calculs relativement complexes et qui le fragilisent, conduit à :

- un ciblage discutable des établissements ;
- des recettes faibles.

[607] En outre, il est critiqué par les fédérations d'établissements ... alors que celles-ci estiment légitime le mécanisme de MSAP, comme la mission a pu le constater au cours de ses entretiens.

³⁷⁹ Ne sont pas présentées, ici : ni les modalités de mesurer de l'activité selon la catégorie d'établissement (publics ou privés ESPIC ; privés lucratifs) ni celles d'ajustement pour prendre en compte des facteurs externes,

2 LA TARIFICATION DES SEJOURS EN ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR), UNE REFORME QUI SE MET PROGRESSIVEMENT EN PLACE DEPUIS MARS 2017

2.1 Longtemps discutés, les principes de la réforme de la tarification des SSR ont permis les débuts de sa mise en place en 2017

[609] La réforme de la tarification des SSR est en chantier depuis le début des années 2000, mais les textes qui constituent son cadre de référence sont récents, et permettent son entrée en vigueur, progressive, à partir du 1er mars 2017 ; ainsi :

- l'article 78 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 ; puis l'art 82 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ;
- Le décret n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation ;
- l'arrêté du 5 mai 2017 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R.162-34-1 du code la sécurité sociale ;
- et l'arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés au 1 à 3 du I de l'article L.162-23-4 du code de la sécurité sociale et aux 2° et 4° du E du III de l'article 78 modifié de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

[610] Le nouveau modèle de financement des SSR utilise des classifications dont la typologie est très voisine de celles utilisées pour la T2A en MCO. Ce modèle est néanmoins confronté à une forte hétérogénéité des pratiques, d'où la fragilité reconnue de la description des activités (classification) à ce stade de son déploiement et de son usage, ainsi qu'à une durée moyenne de séjour supérieure à 30 jours contre 5,8 en MCO.

GME : les Groupes Médico-Economiques sont classifiés dans les séjours SSR avec ou sans hébergement. C'est un moyen de classer les séjours en catégories majeures (affection du système nerveux, affection de l'appareil respiratoire, etc.). GMT : à chaque GME correspond un forfait de séjour et de soin dit Groupe Médico-Tarifaire à l'exception des soins palliatifs qui peuvent avoir un GME pour deux GMT. RHS : les Résumés Hebdomadaires Standardisés sont les résumés de séjour sur une semaine calendaire (du lundi au dimanche) ; en précisant qu'un séjour peut avoir plusieurs RHS et qu'un RHS prend en compte les jours de présence effective des malades. RHA : les Résumés Hebdomadaires de sortie Anonymes sont les RHS de l'établissement que l'on anonymise pour pouvoir les adresser aux tutelles

[611] Cette tarification s'appuie sur le *Catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation* (CSARR), annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation ...³⁸⁰. Ce CSARR, actualisé tous les ans depuis son

³⁸⁰ Plus précisément : arrêté du 26 décembre 2016, relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission

introduction en 2013, est destiné à coder l'activité des professionnels concernés dans les SSR : il décrit les actes de rééducation et réadaptation (mais pas les actes relevant de la seule responsabilité médicale qui sont décrits dans la *Classification commune des actes médicaux* – CCAM ; voir ci-dessus).

[612] A partir du recueil de ces données pour chaque séjour, sont effectués :

- D'abord, la production d'un RHS et son affectation dans une des 15 Catégories Majeures ;
- Puis dans un des 88 Groupes Nosologiques (un seul GN pour l'ensemble du séjour) ;
- Ensuite le séjour est classé dans une des 255 Racines GME sur la base de l'âge, de la dépendance physique, de la dépendance cognitive, des actes de rééducation et de réadaptation ;
- Enfin le classement du séjour dans un des 685 GME et du type d'hospitalisation, pour aboutir aux GME en 0, 1 ou 2 (0 : hospitalisation partielle ; 1 : hospitalisation complète niveau 1 ; 2 : hospitalisation complète niveau 2³⁸¹) ;
- Parmi ceux-ci, les 17 GME de prise en charge de l'obésité concernent pour 6 d'entre eux des mineurs, et 11 des majeurs ; 5 portent sur des prises en charge « zéro jour », 6 pour des séjours de niveau 1 et 6 pour niveau 2 ».

[613] C'est à partir de l'ensemble des séjours valorisés par les éléments tarifaires fixés par arrêté, qu'est calculée la dotation modulée à l'activité (DMA).

[614] Avant que la réforme soit complétement en place, s'ouvre une période transitoire. Ainsi, les ressources des SSR sont constituées, à partir de 2017, de :

- une part de la dotation modulée à l'activité (DMA), proratisée à 10 % en 2017 (cette part devrait augmenter jusqu'à représenter la majorité du financement « courant »³⁸²) ;
- la part socle correspondant à 90 % des recettes d'activité dans le modèle antérieur ;
- les actes et consultations externes, les molécules onéreuses, les plateaux techniques, les MIGAC et les MERRI et autres financements ;
- un apport fondé sur l'application aux SSR (depuis 2017) du dispositif d'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)³⁸³.

2.2 Il n'est pas encore possible de porter une appréciation sur les effets de la réforme du financement des SSR sur leur prise en charge des personnes obèses

[615] La réforme du financement des SSR vient de se mettre en place depuis environ 6 mois. Les observations qui peuvent en être faites sont donc très limitées et porteront notamment sur les tarifs précisés dans l'arrêté du 5 mai 2017 (voir le tableau 9 ci-après)

[616] Les niveaux relatifs des tarifs sont en cohérence avec la description du GME ; ainsi pour un même score > 61, et un même niveau 1, la « zone forfaitaire » étant [15 – 35] jours dans les 2 cas, le

d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique (NOTA : 2 autres arrêtés du même jour ont le même objet pour les établissements de santé ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et ayant une activité d'hospitalisation à domicile

³⁸¹ Le « niveau 2 » correspond toujours à une « hospitalisation temps plein » ; mais les frontières sont moins nettes pour les niveaux « zéro jour » et « niveau 1 », vis-à-vis de de « hospitalisation de jour » « hospitalisation temps plein »

³⁸² Mais non, comme ce fut le cas pour la T2A dans les établissements MCO, une croissance de la part correspondant « à l'activité » allant très vite à 100% (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008

³⁸³ Arrêté du 10 février 2017 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé

« tarif de la zone forfaitaire » sera : pour un mineur, 4 875 € ; pour un adulte, 2 775 € (si son score physique est < 8) et 4 826 € (si son score physique est > 9).

[617] Et, de même que pour les GHM de MCO, des différences sensibles (et liées au mode de rémunération des médecins) peuvent être constatées entre les établissements publics et non lucratifs et les établissements à but lucratif.

[618] Enfin, il convient d'observer les choix faits pour les débuts et fins de zone tarifaire : ils sont respectivement de : 0 jour, pour 4 GME ; [15 - 35 jours] pour 7 GME ainsi que, chaque fois pour un seul GME de : [22 - 28 jours] ; [29 - 35 jours] ; [36 - 42 jours] ; [22 - 28 jours] ; [57 - 63 jours] ; [64 ; 70 jours].

Tableau 9 : éléments tarifaires 2017 pour la prise en charge de personnes obèses par des services de suite et de réadaptation,

GME	Libellé du GME	établissements publics ou privés non lucratifs						établissements privés commerciaux					
		Début de zone forfaitaire(en jours)	Fin de zone forfaitaire(en jours)	Tarif zone basse (en €)	Supplém .-ent zone basse (en €)	tarif de zone forfaitaire (en €)	Supplém ent zone haute (en €)	Début de zone forfaitaire (en jours)	Fin de zone forfaitaire(en jours)	Tarif zone basse (en €)	Supplém .ent zone basse (en €)	Tarif de zone forfaitaire (en €)	Supplém ent zone haute (en €)
Obésité mineurs ; score <60													
1006A0	0 jour					437						223	
1006A1	Niveau 1	1	21			2 897	263	22	28	186	186	4 089	165
1006A2	Niveau 2	1	21			3 002	273	64	70	294	181	11 680	174
Obésité mineurs ; score >61													
1006B0	0 jour					481						265	
1006B1	Niveau 1	1	21			3 331	200	15	35	325	325	4 875	195
1006B2	Niveau 2	1	21			3 451	314	29	35	3 099	127	6 650	208
Obésité adulte ; score physique <8 ; score <60													
1006C0	0 jour					284						89	
1006C1	Niveau 1	15	35	333	333	4 988	197	15	35	183	183	2 747	110
1006C2	Niveau 2	15	35	345	345	5 168	207	15	35	270	270	4 046	162
Obésité adulte ; score physique > 9, score >61													
1006D1	Niveau 1	15	35	412	412	6 175	247	36	42	178	178	6 403	164
1006D2	Niveau 2	50	56	3 219	211	13 564	256	57	63	191	191	10 907	182
Obésité adulte ; score physique < 8, score >61													
1006E0	0 jour					231						107	
1006E1	Niveau 1	15	35	369	369	5 537	231	15	35	185	185	2 775	111
1006E2	Niveau 2	15	35	389	389	5 828	283	15	35	210	210	3 154	126
Obésité adulte ; score physique > 9, score >61													
1006F0	0 jour					275						183	
1006F1	Niveau 1	15	35	448	448	6721	267	15	35	322	322	4 825	193
1006F2	Niveau 2	15	35	3 409	236	14 996	283	15	35	453	453	6 792	272

Source : Mission IGAS, à partir de l'arrêté du 5 mai 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux 1 à 3 du I de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale ...

ANNEXE 6 : OBESITÉ ET RECHERCHE

1	OBESITE ET RECHERCHE : CONSTATS ET PISTES - CE QU'ON SAIT	237
1.1	Le suivi épidémiologique des personnes et la classification des obésités sont des enjeux forts pour une meilleure compréhension de la maladie.....	237
1.1.1	La balance énergétique constitue l'approche idéale du suivi de l'obésité mais, dans les faits, elle est difficile à mesurer.....	237
1.1.2	Reflet de la balance énergétique à long terme, les variations du tissu adipeux sont évaluables à travers plusieurs méthodes dont la mesure du poids	238
1.1.3	La pluralité des formes d'obésités requiert des nosographies précises, nécessaires pour mieux comprendre et traiter la maladie.....	239
1.2	Le lien entre la génétique et l'obésité est identifié grâce au travail de la recherche qui s'effectue sur un champ étendu et complexe	240
1.2.1	Le grand nombre des cibles génétiques et le rôle de l'environnement complexifient la recherche de liens avec l'obésité	240
1.2.2	Le lien entre génétique et mode de vie est avéré mais la relation reste encore à explorer .	240
1.2.3	Malgré leur rareté, les obésités purement génétiques ont fait l'objet de recherches dont les résultats sont encourageant en termes de retombées thérapeutiques	241
1.3	Les espoirs placés dans le rôle du microbiote pour le traitement de l'obésité semblent pour partie fondés sans pouvoir donner lieu à des retombées thérapeutiques immédiates.....	241
1.3.1	L'effort de recherche a permis de démontrer le potentiel thérapeutique du microbiote.....	241
1.3.2	Le microbiote et sa modification semblent jouer un rôle dans le processus allant de la santé à la maladie.....	242
1.3.3	Le microbiote intestinal joue un rôle spécifique dans l'obésité.....	242
1.4	Le lien entre obésité et cancer est préoccupant compte-tenu de la forte prévalence de l'obésité et de son évolution à la hausse.....	243
1.4.1	L'obésité tend à jouer un rôle croissant dans la part attribuable de l'évolution du nombre de cancers.....	243
1.4.2	Les processus biologiques en cause dans le lien obésité-cancer sont nombreux.....	244
1.5	En l'absence de traitement efficace, la recherche clinique contribue à une amélioration effective de la prise en charge des personnes obèses.....	244
1.5.1	Le bénéfice des interventions sur les comportements individuels est présent mais son impact est d'intensité variable en fonction des personnes	244

1.5.2 Des traitements pharmacologiques pour réduire le poids existent mais ils sont peu nombreux et peu efficaces, en plus de poser des problèmes de sécurité	245
1.5.3 La chirurgie bariatrique est efficace sur plan de la réduction du poids, et bien qu'onéreuse et relativement risquée, elle est coût-efficace à long terme	246
1.6 Lorsqu'une chirurgie bariatrique est indiquée, des moyens peuvent être mis en œuvre pour réduire les risques opératoires	246
1.6.1 La classification des obésités en niveau de risques permet de prédire le risque de mortalité des patients opérables	247
1.6.2 La récupération améliorée après la chirurgie doit être également envisagée pour la chirurgie des personnes obèses	248
1.7 Avant et après l'intervention de chirurgie bariatrique, les personnes fragiles doivent faire l'objet d'une surveillance renforcée	248
1.7.1 Les conséquences de l'obésité et de la chirurgie bariatrique sur la grossesse constituent un point de vigilance particulier	248
1.7.2 La disparité territoriale du taux de recours à la chirurgie bariatrique en France pourrait s'expliquer du fait d'une inadéquation entre offre et demande de soins	249
1.7.3 Les populations défavorisées ont un moindre accès à la chirurgie bariatrique en raison de plusieurs barrières qui peuvent être à l'origine d'une perte de chance	250
1.8 Malgré son efficacité démontrée, la chirurgie bariatrique suscite encore des interrogations qu'il convient d'instruire en intégrant davantage les pratiques au sein d'une recherche clinique et en y associant des études médico-économiques	251
1.8.1 Les effets à long terme de certaines techniques chirurgicales ne sont pas connus et pourraient engendrer des graves complications chez les patients opérés devant ainsi être mieux suivis	252
1.8.2 Le développement d'essais cliniques peut se heurter à certaines difficultés qu'il est en partie possible de dépasser via la mise en place de registres	252
2 OBESITE ET RECHERCHE : MOYENS ET TRAVAUX EN COURS - CE QU'ON FAIT	253
2.1 Les registres nationaux sur la chirurgie bariatrique concourent à une plus grande information des patients, à une meilleure considération de leur qualité de vie, ainsi qu'à la transparence des pratiques chirurgicales et à la recherche	253
2.1.1 La qualité de vie des personnes opérées est un sujet central de la chirurgie bariatrique qu'il convient alors de mesurer justement	253
2.1.2 Le recueil de données sur l'obésité à longue échéance ainsi que la mesure de la variabilité des pratiques chirurgicales sont utiles pour guider la pratique et améliorer la performance des soins	254
2.2 Des exemples de registres nationaux mise en place à l'étranger témoignent de l'avance prise par certains pays et de la volonté des acteurs engagés dans l'amélioration de la qualité des soins de chirurgie bariatrique	255

2.2.1	The Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg) : un registre exhaustif piloté par l'ensemble des acteurs concernés par la qualité de vie des patients opérés en Suède.....	255
2.2.2	The United Kingdom (UK) National Bariatric Surgery Registry (NBSR) : un registre qui permet une lisibilité et une transparence de l'offre chirurgicale au Royaume-Uni	255
2.2.3	En cours de construction, le registre français des chirurgiens de la SOFFCOMM répond à un vrai besoin émanant des chirurgiens et des patients	258
2.3	La recherche sur l'obésité en France présente des atouts fondés sur une expertise reconnue et un réseau structuré qu'il est important d'entretenir	259
2.3.1	Les CIO et les CSO ont été créés avec l'ambition de répondre à plusieurs missions, mais sans les moyens en rapport à l'ampleur des tâches confiées, il y a un risque de découragement des professionnels et de perte d'opportunité	259
2.3.2	Le réseau FORCE contribue à la recherche sur l'obésité en France en assurant un soutien méthodologique, une coordination des équipes et une diffusion de l'information.....	260
2.3.3	Le travail des équipes de recherche sur l'obésité et la chirurgie bariatrique permet d'avancer dans la compréhension de la maladie et de cerner des questions en lien avec la chirurgie bariatrique	261
2.3.4	Levier indispensable pour optimiser la prise en charge des patients, la recherche clinique s'est fortement développée sous l'impulsion du plan obésité mais son maintien serait menacé	264
2.4	La recherche sur l'obésité en France s'est étiolée.....	265
2.4.1	Le plan obésité a constitué un levier efficace pour la recherche sur l'obésité en France.....	265
2.4.2	Le projet de recherche sur l'obésité en France a sans doute été trop ambitieux au regard des moyens qui lui ont été confiés et de l'attention politique portée mais il peut être relancé.....	265
3	ANNEXES.....	267

1 OBESITE ET RECHERCHE : CONSTATS ET PISTES - CE QU'ON SAIT

[619] Epidémie (1³⁸⁴), l'obésité est une maladie chronique et intergénérationnelle, pouvant débuter tôt dans la vie. Elle doit être prévenue ou, au moins traitée avant d'engendrer d'autres maladies plus graves encore. Sa prise en charge médicale reste cependant assez rudimentaire. Elle repose le plus souvent sur des règles hygiéno-diététiques aux effets limités, surtout à partir d'un certain niveau de sévérité. En l'absence de traitements médicamenteux sûrs et efficaces, la prise en charge de l'obésité peut déboucher dans un certain nombre de cas sur la chirurgie bariatrique dont les risques et les contraintes ne sont pas négligeables (annexe 2), raison pour laquelle il est important d'améliorer la qualité et la sécurité de cette approche tout en développant des alternatives médicales crédibles. C'est le rôle de la recherche médicale.

[620] Inspirée en partie par un document publié par l'International Agency for Research on Cancer (IARC)³⁸⁵, la présente partie se propose d'aborder le sujet de la recherche sur l'obésité dans laquelle s'inscrit notamment la recherche sur la chirurgie bariatrique. Ne prétendant pas être exhaustive sur un sujet aussi vaste et en continuelle évolution, elle se limitera à présenter les principaux axes de la recherche sur l'obésité, en évoquant, d'une part, la recherche épidémiologique et fondamentale, et en procédant, d'autre part, à une revue actualisée de la recherche clinique, stade essentiel de la recherche sur la chirurgie bariatrique.

1.1 Le suivi épidémiologique des personnes et la classification des obésités sont des enjeux forts pour une meilleure compréhension de la maladie

[621] Pour mieux comprendre les interactions des différents facteurs de risques de l'obésité et se doter d'une stratégie pour les contenir, il est important de suivre les personnes sur le long terme à travers des études épidémiologiques.

1.1.1 La balance énergétique constitue l'approche idéale du suivi de l'obésité mais, dans les faits, elle est difficile à mesurer

[622] La balance énergétique est la différence entre les entrées et les dépenses d'énergie. Des déviations de la balance énergétique chez l'adulte peuvent conduire au surpoids et à l'obésité. Une déviation quotidienne de 1 à 2 % va à long terme retentir sur le poids d'une personne (2,3). Et une faible augmentation du poids de l'ordre de 0,5 à 1 kg par an chez un individu, fréquente dans la population des pays à hauts revenus (4), produira de grands effets en termes de morbidité et mortalité (5). Toutefois, les déviations de la balance n'expliquent pas à elles seules l'étiologie de l'obésité qui est bien plus complexe (6).

[623] La dépense énergétique totale comprend le métabolisme de base, l'activité physique et la thermogénèse³⁸⁶. La mesure de ces différentes composantes de la dépense énergétique totale peut s'avérer difficile pour plusieurs raisons ; d'une part, elle repose sur des matériels spécialisés dont il est parfois difficile de disposer. La mesure de la dépense énergétique due à

³⁸⁴ Les numéros entre () renvoient à la bibliographie figurant à l'annexe 4 in fine cette annexe

³⁸⁵ "Energy balance and obesity". International Agency for Research on Cancer Working Group Reports, Volume 10. Edited by Isabelle Romieu, Laure Dossus, and Walter C. Willett. 2017

³⁸⁶ La thermogénèse comprend différentes thermogénèses : la thermogénèse alimentaire qui est l'énergie dépensée pour la digestion des aliments et l'absorption des nutriments, la thermogénèse d'exercice, et la thermogénèse adaptée.

l'activité physique, principal facteur modifiable de la dépense énergétique, peut par ailleurs être sous-estimée en raison de la faible précision des mesures et des fortes variations même dans des conditions optimales de mesure (7).

[624] De même, la mesure des entrées d'énergie, peu précise, ne repose sur aucune méthode de référence. En outre, les personnes en surpoids et obèses ont tendance à sous-estimer les entrées énergétiques dans les questionnaires (8). Les méthodes de mesure des dépenses et des entrées énergétiques ne sont donc pas adaptées à l'évaluation des déviations à long terme dans les études épidémiologiques. Toutefois, si l'appréhension directe de la balance énergétique est d'estimation ardue, sa déviation à long terme peut être estimée à travers l'accumulation de tissu adipeux.

1.1.2 Reflet de la balance énergétique à long terme, les variations du tissu adipeux sont évaluables à travers plusieurs méthodes dont la mesure du poids

[625] Lorsque les entrées d'énergies sont supérieures aux dépenses, la balance énergétique est déséquilibrée et l'excès qui en résulte est stocké sous forme de tissu adipeux (9). Pour mesurer et suivre l'évolution du tissu adipeux, il existe plusieurs moyens, plus ou moins précis et faciles à mettre en œuvre.

[626] Réservées classiquement aux études sur un nombre réduit de personnes nécessitant une grande précision³⁸⁷, les mesures directes du tissu adipeux sont précises, reproductibles et validées. Elles reposent principalement sur des techniques comme la pléthysmographie, la pesée sous l'eau ou hydrodensitométrie, l'absorptiométrie biphotonique à rayons X, le scanner et l'IRM. D'accès plus aisé, elles demeurent cependant moins pratiques que les mesures cliniques.

[627] Les approches cliniques mesurent de manière plus indirecte le tissu adipeux. Si le tour de taille ou le ratio taille-hanche sont ainsi utiles pour diagnostiquer une obésité abdominale, ces mesures ne distinguent pas la localisation viscérale ou sous-cutanée du tissu adipeux (10). D'autres mesures pouvant être utilisées en clinique sont l'épaisseur du pli cutané qui est très dépendante des erreurs de mesure, et l'impédance bioélectrique qui est précise pour la mesure de la composition corporelle mais ne semble pas être aussi performante que l'index de masse corporelle (11,12). Enfin, l'index de masse corporelle reste le marqueur de la composition corporelle le plus utilisé dans les études épidémiologiques, bien qu'il ne soit pas exempt de limites.

[628] L'Index de Masse Corporelle (IMC) est le rapport du poids (kg) sur la taille (m) au carré. L'IMC est imparfait car il ne distingue pas la masse grasse et la masse maigre (principal facteur du métabolisme de base). De plus, il est sujet à variation entre les individus, notamment d'ethnies différentes, et évolue naturellement au cours de la vie. Malgré ces limites, il reste très utilisé dans les études épidémiologiques (13). La mesure et le suivi du poids (et donc de l'IMC) évaluent ainsi la balance énergétique de manière simple et peu coûteuse. De fait, la HAS recommande actuellement aux médecins de repérer l'excès de poids par le calcul et le suivi de l'IMC³⁸⁸. Par ailleurs, l'utilisation de capteurs de mouvement est intéressante, pour comprendre

³⁸⁷ Avec l'amélioration des techniques, les études de plus grande échelle ont toutefois tendance à plus y recourir (10).

³⁸⁸ « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique » (HAS, 2011) : L'IMC doit être calculé pour tous les patients quel que soit le motif de consultation, le médecin généraliste doit peser à chaque consultation tous les patients, la taille doit être mesurée à la première consultation, le poids et la taille doivent être inscrits dans le dossier du patient pour calculer l'IMC et en surveiller l'évolution.

par exemple les relations entre les dépenses énergétiques et les mouvements. La diminution attendue dans un proche avenir du coût des capteurs de mouvement devrait permettre l'élargissement de leur utilisation dans les études épidémiologiques. Bien que restant imprécises, ces variables devraient être amenées à jouer un rôle de plus en plus important dans le suivi populationnel.

1.1.3 La pluralité des formes d'obésités requiert des nosographies précises, nécessaires pour mieux comprendre et traiter la maladie

[629] La prise en charge médicale de l'obésité induit des effets bénéfiques variables et très souvent peu efficaces à long terme. Si un changement intensif du mode de vie conduit à court terme à une réduction du poids chez la majorité des personnes, une reprise de poids est généralement observée par la suite, et une faible part seulement des personnes parviennent à maintenir leur perte de poids à long terme (14). Une prise en charge médicale seule ne peut donc pas convenir à toutes les personnes obèses. Cette variabilité de la réponse suggère une diversité de profil d'obésités, et autant de facteurs bio-psycho-sociaux prédictifs de l'efficacité des traitements. Dans cette perspective, il est indispensable de mieux cerner ces différents types d'obésité, afin de proposer à chacun d'eux la prise en charge la plus adaptée.

[630] Un des enjeux est de caractériser les spécificités des personnes obèses afin d'être en mesure de proposer la stratégie thérapeutique la plus adaptée à chaque situation. En pratique, la mesure de l'obésité se fait toujours par le calcul de l'IMC. La classification de l'obésité (modérée, sévère ou morbide) reposant sur l'IMC présente des avantages (facile, peu coûteuse) mais elle est imparfaite dans la mesure où son interprétation requiert la prise en compte d'autres facteurs (âge, masse osseuse, masse musculaire, masse grasse). De plus, la classification actuelle ne permet pas à elle seule de différencier les obésités définies par le type de morphologie (obésité androïde ou gynoïde), d'où l'intérêt d'adjoindre d'autres techniques de mesure (évaluation du rebond adipeux, périmètre abdominal, etc.) qui peuvent se faire en pratique clinique. Une approche plus précise encore du diagnostic des obésités sera d'inclure, en plus des données anatomiques issues d'explorations fonctionnelles (IMC, tour de taille, bio-impédancemétrie, absorption biphotonique), des biomarqueurs (« omiques ») qui permettront d'augmenter la finesse de la caractérisation des typologies d'obésités.

[631] Enfin, les aspects comportementaux, psychologiques et sociaux, outre de contribuer à la définition d'une stratégie thérapeutique, jouent aussi un rôle dans la genèse des obésités et devraient être plus intégrés dans la typologie des obésités (rôle des trajectoires et des cycles de vie particulièrement - départ du domicile parental, perte d'emploi, etc. - particulièrement avéré au sein des populations défavorisées). Le recueil de ces indicateurs fait trop souvent défaut alors qu'il est particulièrement important pour mieux cerner l'origine de l'obésité et les facteurs de risques à prendre en compte pour prévenir son apparition ou son aggravation, sachant qu'avant de se chroniciser et de devenir irréversible, l'obésité est dynamique (gain de poids) et réversible (facteurs environnementaux et comportementaux).

1.2 Le lien entre la génétique et l'obésité est identifié grâce au travail de la recherche qui s'effectue sur un champ étendu et complexe

[632] Les réponses aux traitements des personnes obèses peuvent être modulées par de multiples facteurs. Outre les facteurs génétiques qui pourraient expliquer jusqu'à 70 % de la variabilité de poids entre les individus (15), il s'agit des facteurs épigénétiques, microbiotiques et comportementaux. Une meilleure connaissance de ces facteurs et de leur intrication pourrait permettre de prédire les résultats en fonction du type de traitement proposé, en optimisant leur efficacité tout en limitant leurs coûts et leurs effets indésirables.

1.2.1 Le grand nombre des cibles génétiques et le rôle de l'environnement complexifient la recherche de liens avec l'obésité

[633] Les cibles génétiques en relation avec l'obésité appartiennent à un champ vaste (ADN germlinal, variants de l'ADN, ...) qui en complique l'identification (17). Cette difficulté est renforcée par l'existence d'autres processus (cascades moléculaires issues de l'exposition à l'environnement) qui viennent interagir avec les dites cibles. Le rôle de la génétique dans l'obésité a malgré tout été récemment démontré, des études montrant que le risque d'être obèse était plus élevé dans les familles de sujets obèses. Ce lien fort entre la génétique et l'obésité a été notamment objectivé par des études portant sur des jumeaux (16) mais la diversité des mécanismes à l'œuvre (action sur l'appétit, la satiété, la dépense énergétique) rend encore difficile la compréhension des processus, repoussant dans le temps leur retombées en terme d'action.

1.2.2 Le lien entre génétique et mode de vie est avéré mais la relation reste encore à explorer

[634] Pour établir un lien éventuel entre la génétique et le mode de vie, il faut pouvoir montrer que la sensibilité à un environnement obésogène ou à certaines interventions susceptibles de modifier le poids sont héréditaires. Dans des études menées à long terme sur des jumeaux exposés à un excès alimentaire (17) ou bénéficiant d'une intervention par activité physique (18), la corrélation sur plusieurs indicateurs est supérieure à celle observée entre des individus non parents. D'autres études de génétique quantitative semblent corroborer ce lien sans pouvoir en détailler la spécificité moléculaire (insertion, délétion, SNP, nombre de copies). Une méta-analyse (19) d'études sur l'interaction entre gène et mode de vie a identifié deux loci, FTO³⁸⁹ pour l'interaction gène-activité physique et PPARG³⁹⁰ pour l'interaction gène-régime alimentaire. Des études concluant à la présence (20-25) ou à l'absence d'effets du locus FTO sur l'interaction gène-activité physique, une méta-analyse conduite pour surmonter cette contradiction a confirmé l'effet de FTO sur l'interaction gène-activité physique, mais dans une moindre mesure (26).

³⁸⁹ Le gène FTO (pour « Fat mass and obesity-associated protein ») est situé sur le chromosome 16

³⁹⁰ PPARG, acronyme de Peroxisome proliferator-activated receptor gamma, aussi connu comme le récepteur de la glitazone

[635] Au-delà de ce cas particulier, un certain nombre d'études ne parviennent pas à retrouver de lien entre génétique et mode de vie (19), du fait notamment de facteurs de confusion et des limites de l'IMC pour mesurer l'adiposité. Pour s'affranchir des facteurs de confusion, les essais cliniques randomisés permettent de tester les hypothèses dans un environnement plus contrôlé, même si ceux étudiant l'effet de changement de mode de vie (régime alimentaire, activité physique) sont moins robustes que les essais sur les médicaments dans la mesure où l'approche en double aveugle n'y est pas possible. Au total, certains essais tendent à prouver que le lien entre gène et mode de vie existe (27), un effort très important étant réalisé pour cartographier d'autres loci que FTO (28).

1.2.3 Malgré leur rareté, les obésités purement génétiques ont fait l'objet de recherches dont les résultats sont encourageant en termes de retombées thérapeutiques

[636] L'obésité est associée à une vingtaine de syndromes génétiques rares dont les plus connus sont les syndromes de Prader-Willi, Cohen, Alström et Bardet-Biedl. La recherche portant sur ces obésités devrait être facilitée par leur caractère monogénétique mais, en pratique, elle est entravée du fait de leur rareté et leur hétérogénéité. Pour autant, des résultats prometteurs (29) ont pu être obtenus sur les mécanismes biologiques de leur genèse (mutations des gènes impliqués dans les voies de la leptine et des mélanocortines), laissant entrevoir des espoirs thérapeutiques pour certaines de ces obésités génétiques, dont des traitements considérés novateurs comme le microbiote (30).

1.3 Les espoirs placés dans le rôle du microbiote pour le traitement de l'obésité semblent pour partie fondés sans pouvoir donner lieu à des retombées thérapeutiques immédiates

[637] Le microbiote humain est composé de microorganismes d'une quantité équivalente au nombre de cellules du corps humain. Il est réparti dans tout le corps et forme un écosystème. Le microbiote et son utilisation dans les traitements de maladies suscitent de grandes attentes.

1.3.1 L'effort de recherche a permis de démontrer le potentiel thérapeutique du microbiote

[638] Le microbiome, aussi appelé second génome, est composé d'environ 10 millions de gènes, ce qui est considérable comparé aux 23 000 gènes du génome humain. Le microbiome intestinal est à ce jour le plus documenté. En 2010, les analyses tirées du séquençage du microbiote intestinal par le consortium MetaHIT (31), en parallèle du projet Human Microbiome Project (32), ont mise en évidence des spécificités en fonction des pays. D'autres spécificités existent, comme celle de l'hôte. Ainsi, seuls 4 % du microbiote de la souris sont en commun avec celui de l'homme, spécificité à prendre en compte lors de l'extrapolation des résultats de la souris à l'homme. Et grâce au séquençage de nouvelle génération, il a été identifié dans le microbiote des centaines d'espèces de microorganismes résidant dans chaque individu, dont seulement quelques dizaines leur seraient communes.

[639] Le microbiote intestinal est perçu par certains comme un véritable organe, et à ce titre il pourrait donc être transplanté d'un individu à un autre. La transplantation de microbiote a déjà fait montre de son efficacité dans le traitement de pathologies. En effet, dans le cas d'une infection bactérienne à *Clostridium difficile*, le microbiote se trouve être plus efficace que le traitement conventionnel (33). La recherche est ainsi active pour trouver d'autres applications thérapeutiques, permises d'abord par une meilleure compréhension du microbiote.

1.3.2 Le microbiote et sa modification semblent jouer un rôle dans le processus allant de la santé à la maladie

[640] La colonisation par le microbiote commence dès la naissance. Le premier facteur déterminant est le type d'accouchement, les enfants nés par voie basse ayant un microbiote intestinal similaire au microbiote vaginal de leur mère, alors que ceux nés par césarienne ont un microbiote intestinal similaire au microbiote cutané de leur mère (34). D'autres facteurs influencent la colonisation tôt dans l'enfance tels que les traitements antibiotiques reçus (35), et le mode d'alimentation (lait maternel, temps du sevrage, type d'aliments).

[641] A l'âge adulte, le microbiote intestinal est composé d'une centaine d'espèces différentes (36). En état de bonne santé, le microbiote d'un individu est stable. Il est influencé par la physiologie et les habitudes alimentaires de l'individu. L'équilibre du microbiote intestinal (symbiose) semble être essentiel à une bonne santé, la dysbiose (déséquilibre) étant associée à de nombreuses maladies. La dysbiose est acquise par quatre types de déséquilibre : la perte d'espèces essentielles, la perte de la diversité, l'augmentation du nombre de pathogènes, et la modification du métabolisme (35). A la suite d'une modification du microbiote, des maladies peuvent ainsi apparaître comme des maladies inflammatoires de l'intestin, cancer colorectal, diabète, maladies cardiovasculaires et obésité (37).

1.3.3 Le microbiote intestinal joue un rôle spécifique dans l'obésité

[642] Le lien entre le microbiote intestinal et l'obésité a d'abord été mis en évidence chez l'animal, les souris sans microbiote ayant tendance à davantage manger et moins bouger. La transplantation d'un microbiote normal à des souris sans microbiote augmente chez ces dernières de 60 % le tissu adipeux, avec une élévation des taux d'hormones comme la leptine et l'insuline ainsi qu'une augmentation de l'absorption des sucres (38). Et la transplantation du microbiote de souris obèses à des souris non obèses induit chez ces dernières une augmentation de la masse grasse (39). En comparant le microbiote de souris obèses et de souris non obèses, on trouve que la composition des espèces au sein des microbiotes est différente (40), résultat aussi retrouvé chez l'homme (41).

[643] Chez l'homme, les personnes obèses qui ont maigri suite à un régime pauvre en calories voient leur microbiote changer en termes de composition d'espèces pour devenir similaire au microbiote des personnes contrôles (41). Les études de cohortes de personnes obèses ont secondairement confirmé l'existence de ce lien, démontrant que sur une période de dix ans, les personnes ayant un microbiote avec un faible nombre de gènes prenaient significativement plus de poids (42).

[644] Le microbiote joue un rôle tôt dans la vie et évolue au cours de celle-ci. Ainsi, chez les personnes obèses suivant un régime pauvre en calories, et riche en protéines et fibres, le microbiote intestinal se diversifie plus ou moins en fonction de la composition initiale des microbiotes. Celles dont le microbiote était au départ moins riche ont moins bénéficié de ce régime tandis que celles ayant un microbiote riche au départ ont perdu davantage de poids et présentent un meilleur statut métabolique (43). Seul un faible nombre d'espèces permet de passer d'un microbiote pauvre à un microbiote riche (44). Un microbiote est pauvre lorsque le régime alimentaire se compose pour une grande partie de pommes de terre et de boissons riches en sucres. En revanche, un microbiote est riche si le régime est composé de fruits, légumes, soupes et yaourts. La richesse du microbiote semble ainsi être associée aux habitudes alimentaires (45).

[645] Il existe de nombreuses hypothèses sur les mécanismes expliquant comment une dysbiose ou une perte de richesse du microbiote conduisent à une obésité. Ces hypothèses sont issues des modèles animaux où il y a une inflammation, mais elles n'ont pas été testées chez l'homme (46) pour lequel le rôle du microbiote, les mécanismes du développement et du maintien de l'obésité restent à déterminer. Toutefois, le potentiel thérapeutique, voire préventif du microbiote (régime spécifique, prébiotique, probiotique), semble déjà prometteur, comme dans des cas de Prader-Willi où le microbiote permet la réduction de l'inflammation et du poids (30). Ainsi, aux dires d'experts, le microbiote est une piste de recherche intéressante, notamment pour le traitement de l'obésité mais elle est encore fondée sur beaucoup d'hypothèses et ses applications devront sans doute attendre quelques années.

[646] Le microbiote serait également impliqué dans le lien entre l'obésité et le cancer. On sait que l'obésité est associée à un microbiote moins diversifié (47). Et un microbiote moins diversifié est associé à une inflammation chronique des tissus (44). Ainsi, il est fort probable que l'obésité, par les altérations qu'elle induit, soit un facteur de risque de cancer.

1.4 Le lien entre obésité et cancer est préoccupant compte-tenu de la forte prévalence de l'obésité et de son évolution à la hausse

[1] Dans le monde, 13 % des nouveaux cancers sont attribuables à l'obésité. Ce taux d'incidence monte à 20 % aux Etats-Unis et en Europe (48). Aux Etats-Unis, l'obésité est devenue devant le tabac, la première cause évitable de mortalité liée au cancer.

1.4.1 L'obésité tend à jouer un rôle croissant dans la part attribuable de l'évolution du nombre de cancers

[647] Les différents mécanismes permettant aux cellules cancéreuses de se développer ont été décrits (49,50). Dans l'obésité, des altérations du métabolisme joueraient un rôle dans le développement du cancer (51,52), conduisant à penser que l'augmentation de l'obésité aurait un rôle dans l'augmentation de l'incidence des cancers et de la mortalité liée (53,54).

[648] Si l'association entre l'obésité et le cancer devient plausible, les mécanismes en jeu restent à éclairer en raison de l'intrication des processus opérants à différents niveaux (ex : cellule cancéreuse, environnement de la tumeur comme l'inflammation, etc.). La recherche s'est jusqu'à maintenant intéressée aux effets individuels de ces différents processus, mais il semble qu'il faille plutôt raisonner en termes de synergie d'effets pour cerner l'origine du lien de l'obésité avec le cancer.

1.4.2 Les processus biologiques en cause dans le lien obésité-cancer sont nombreux

[649] L'insuline est un axe majeur de la recherche sur le lien obésité-cancer. Les taux d'insuline sont élevés chez les personnes obèses, du fait de l'insulino-résistance. Dans le cancer, l'insulino-résistance est un facteur de risque de récurrence et de décès (55). Elle est également associée à un moins bon pronostic dans certains cancers comme le cancer du sein (56,57). De même pour d'autres cancers (notamment colorectal et prostate), qui sont en plus diagnostiqués à des stades plus avancés de la maladie lorsque une insulino-résistance est associée (58,59). Et cette insulino-résistance joue un rôle en amont puisque son taux élevé chez des individus en bonne santé est associé à une augmentation du risque d'apparition de cancer et de mortalité (60).

[650] Un autre processus implique le glucose, dont le rôle est connu depuis longtemps dans la prolifération des tissus, notamment des cellules cancéreuses. L'obésité est associée à l'intolérance au glucose et à l'hyperglycémie. Et des taux plus élevés de glucose sont associés à un risque plus élevé d'avoir un cancer (63, 64) et à une augmentation de la mortalité liée aux cancers de toutes causes (61).

[651] Le tissu adipeux produit entre autre la leptine et l'adiponectine dont les taux chez les personnes obèses sont respectivement élevés et bas. La leptine concourt à une inflammation du tissu adipeux (63) à l'inverse de l'adiponectine. Des taux élevés de leptine sont associés à un risque accru de certains cancers, dont ceux de l'endomètre et du sein (66-68). En revanche, des taux élevés d'adiponectine sont associés à une meilleure survie dans les cancers du sein (56) et de la prostate (67).

[652] Avant que les processus engendrés par l'obésité n'aboutissent au cancer, il est donc crucial d'intervenir, aux niveaux individuel et populationnel, pour prévenir le gain de poids et promouvoir la réduction de poids. Cette action est d'autant plus importante que les risques encourus par les personnes obèses sont avérés et sérieux. La recherche clinique identifie pour cela les meilleures stratégies.

1.5 En l'absence de traitement efficace, la recherche clinique contribue à une amélioration effective de la prise en charge des personnes obèses

[653] La recherche clinique agit au plus proche des patients. Elle valide des hypothèses dans des essais cliniques incluant des malades, en affirmant ou infirmant l'efficacité des traitements ou interventions testés (innovations issues de la recherche fondamentale ou améliorations de stratégies thérapeutiques dont l'efficacité a déjà été éprouvée).

1.5.1 Le bénéfice des interventions sur les comportements individuels est présent mais son impact est d'intensité variable en fonction des personnes

[654] Les interventions sur le comportement individuel, comme la modification du régime alimentaire et la pratique de l'activité physique, peuvent être efficaces à long terme, notamment sur la balance énergétique tout en étant peu coûteuses comparée aux traitements médicamenteux ou à la chirurgie bariatrique. Avec ou sans une perte de poids, on observe des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être des personnes obèses qui modifient substantiellement leurs comportements (68). Il s'agit d'améliorations comme une plus grande

estime de soi, une meilleure image du corps et la qualité de vie, moins présentes avec les traitements médicamenteux ou la chirurgie.

[655] Cependant, les résultats des interventions sur le comportement sont variables au sein de la population traitée en raison de différences aux niveaux de la compliance et du profil biologique des personnes (69). Les résultats en termes de variation de poids sont caractérisés par une grande hétérogénéité selon les patients. De plus, l'activité physique proposée aux personnes obèses présente des limites en raison de la faible aptitude des personnes. De même, il est difficile de respecter un programme d'activité physique qui augmente les dépenses, sans d'un autre côté devoir augmenter les entrées énergétiques (70). Et l'augmentation de ces dépenses est contrebalancée par une réduction de la thermogenèse réduisant ainsi ses effets (71,72). Enfin, quel que soit le type d'intervention chez les personnes en surpoids ou obèses (réduction des entrées, augmentation des dépenses par l'activité physique ou les deux), le taux d'échec à long terme est élevé (73,74). Ainsi, il est nécessaire de proposer aux personnes chez qui ces interventions sont inefficaces d'autres options thérapeutiques.

1.5.2 Des traitements pharmacologiques pour réduire le poids existent mais ils sont peu nombreux et peu efficaces, en plus de poser des problèmes de sécurité

[656] Jusqu'à ce jour, peu de traitements pharmacologiques ont fait la démonstration de leur efficacité dans la réduction de poids des personnes obèses (annexe 2). Parmi ces traitements, l'orlistat, qui est un inhibiteur de la lipase, diminue l'absorption intestinale de la graisse, mais son utilisation est limitée par un de ses effets secondaires fréquent et mal toléré par les patients – la stéatorrhée. Bien qu'autorisé sur le marché européen, le rimonabant demeure peu prescrit, en raison de son efficacité limitée. Sa prescription n'est pas recommandée par la HAS³⁹¹. D'autres molécules ont été mises sur le marché mais ensuite retirées en raison d'effets indésirables graves, dont le décès (75).

[657] Enfin, d'autres molécules ayant des effets sur la réduction de poids ne sont autorisées que dans le traitement du diabète - la metformine, les inhibiteurs du SGLT2 (sodium-glucose linked transporter 2), les agonistes du GLP-1 (glucagon-like peptide-1) -, leurs effets indésirables en limitant d'autant l'utilisation pour réduire le poids. Des études récentes portant sur ces molécules comme le semaglutide, réduisant le poids sans avoir d'effets indésirables, semblent prometteuses (76). Mais tant que des traitements médicamenteux efficaces ne sont pas disponibles, les personnes obèses continuent à encourir des risques du fait de leur maladie et, en cas d'échec durable des prises en charge médicales et après avoir bien pesé la balance bénéfices-risques, une solution chirurgicale peut être leur être légitimement proposée.

³⁹¹ « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique », Haute Autorité de Santé, 2011 : Au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs, et des interactions médicamenteuses (entre autres avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux), la prescription d'orlistat n'est pas recommandée. La prescription de traitements médicamenteux visant à entraîner une perte de poids et n'ayant pas d'AMM dans le surpoids ou l'obésité est proscrite.

1.5.3 La chirurgie bariatrique est efficace sur plan de la réduction du poids, et bien qu'onéreuse et relativement risquée, elle est coût-efficace à long terme

[658] Si la chirurgie bariatrique constitue un outil thérapeutique plus efficace que les changements d'habitudes de vie et les traitements pharmacologiques, elle a néanmoins l'inconvénient d'être irréversible (hormis pour la technique de l'anneau) et d'être coûteuse.

[659] Elle permet une réduction de poids plus marquée et plus pérenne que toute autre prise en charge médicale, mais son coût est élevé, même si considéré comme rentable dans le traitement du diabète comparativement à un traitement médical (77-79). Des études internationales qui ont calculé le coût de l'approche chirurgicale ont toutefois démontré son efficience par la réduction des comorbidités, de la consommation médicamenteuse et du coût de la maladie (108), faisant de cette option une stratégie coût-efficace pour les patients obèses et diabétiques (109).

[660] S'ajoutant à ces constats, une méta-analyse (80) incluant une étude française (CHU Brest) suggère que la chirurgie aurait également un impact positif en termes d'employabilité, les personnes opérées ayant 3 fois plus de chance de retrouver un emploi que les personnes non opérées.

[661] S'appuyant sur une analyse de la littérature des études médico-économiques concernant la chirurgie bariatrique, la Cnamts a pointé en 2012 l'intérêt de réaliser une telle étude en France. D'autres équipes de recherche en médico-économie comme l'URC-éco déjà impliquée dans une étude sur la chirurgie bariatrique³⁹², pourraient également réaliser ce type d'étude.

[662] Cependant, les complications liées à la chirurgie bariatrique - effets indésirables potentiellement graves (81) avec un certain taux de mortalité post-opératoire (82) - font d'elle une chirurgie à risque qu'il convient de restreindre à certains sous-groupes de personnes obèses, tous les patients n'ayant pas le profil d'indication (Annexe 2). Et pour les personnes éligibles à une chirurgie, il est nécessaire de réduire ces risques (balance bénéfices-risques à établir au cas par cas, choix de l'intervention la plus adaptée, intervention et suivi dans le respect des bonnes pratiques...).

1.6 Lorsqu'une chirurgie bariatrique est indiquée, des moyens peuvent être mis en œuvre pour réduire les risques opératoires

[663] Comme pour toute chirurgie, mais dans un contexte de plus grande fragilité des patients, la mise en œuvre de moyens permettant d'améliorer la sécurité des interventions est de mise. Outre la formation des chirurgiens et la qualité de l'environnement opératoire, cette sécurité repose sur la pertinence des indications. Dans la plupart des pays, il existe des recommandations de bonnes pratiques pour sécuriser l'exercice de la chirurgie, certains allant plus loin que d'autres en s'appuyant sur des scores pronostics pour établir la balance bénéfice-risque.

³⁹² <http://www.urc-eco.fr/Chirurgie-bariatrique-chez-les> ; l'unité de recherche clinique en économie de la santé (URC eco) est une structure transversale du Département de la Recherche Clinique et du Développement (DRCD) de l'assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ; sa directrice est le Pr Isabelle DURAND-ZALESKI

1.6.1 La classification des obésités en niveau de risques permet de prédire le risque de mortalité des patients opérables

[664] La classification actuelle de l'obésité, reposant sur l'IMC, le tour de taille et d'autres mesures anthropométriques, ne prend pas en compte les comorbidités ou les limitations fonctionnelles. Avant toute intervention de chirurgie bariatrique, il est recommandé de rechercher des contre-indications à cette dernière³⁹³, mais cette recherche n'aboutit pas systématiquement à une cotation de la sévérité des patients qui permettrait de mieux comprendre, de manière synthétique et opérationnelle, la complexité de l'état d'une personne obèse. C'est pourquoi il est nécessaire d'avoir une classification des personnes obèses en fonction de leur niveau de risques.

[665] Utilisée en Amérique du Nord, la classification d'Edmonton (Edmonton Obesity Staging System – EOSS) permet de classer les personnes obèses selon 5 niveaux en fonction de la présence de symptômes psychologiques, fonctionnels et médicaux (83) et d'identifier celles présentant un haut risque de mortalité (84,85). Cette classification permet 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 (86).

Tableau 1 : Classification d'Edmonton avec les paramètres permettant de définir les 5 stades, d'après Ziegler

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

[666] D'autres classifications plaident pour une nouvelle définition de l'obésité intégrant les données les plus récentes de la science. Certaines proposent ainsi d'inclure la notion de pathologie du tissu adipeux et de classer les obésités en fonction de phénotypes selon le statut métabolique des personnes (87). Cela semble d'autant plus important que l'on sait que les personnes obèses encourent des risques pour leur santé alors même qu'elles ne présentent aucune anomalie métabolique. Ainsi, les personnes obèses sans comorbidités ont deux fois plus de risque d'avoir une insuffisance cardiaque comparées aux personnes non obèses sans

³⁹³ Recommandations de bonne pratique, HAS, Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. 2009.

comorbidités (88). Les personnes obèses sans comorbidités présentent ainsi des facteurs de risques, notamment cardiovasculaires, ce qui plaide pour une prise en charge médicale des personnes obèses avant même qu'elles n'aient des comorbidités.

1.6.2 La récupération améliorée après la chirurgie doit être également envisagée pour la chirurgie des personnes obèses

[667] La chirurgie s'inscrit dans la tendance actuelle à la diminution des durées d'hospitalisation, facilitée par la récupération améliorée après chirurgie (RAAC)³⁹⁴. Très utilisée en chirurgie générale, elle comprend un protocole péri-opératoire, la chirurgie bariatrique faisant l'objet de recommandations spécifiques (89). Une méta-analyse a montré l'intérêt d'un tel programme, les durées d'hospitalisation étant plus courtes sans que la morbidité opératoire n'en soit impactée. La RAAC permettant de réduire les coûts sans effet sur la sécurité des personnes opérées, la question de sa mise œuvre plus fréquente se pose.

1.7 Avant et après l'intervention de chirurgie bariatrique, les personnes fragiles doivent faire l'objet d'une surveillance renforcée

[668] Les populations les plus fragiles doivent bénéficier d'une attention particulière. La chirurgie bariatrique étant utilisée en majorité par des femmes en âge de procréer, celles-ci et leurs nouveau-nés doivent être suivis de près. Il en va de même pour les personnes âgées, de plus en plus opérées, chez lesquelles le risque de mortalité est plus élevé (annexe 2). Par ailleurs, la fonte de la masse musculaire (sarcopénie) peut s'observer chez des personnes obèses et exposer à certaines complications (annexe 2). Enfin, il y a contrario une perte de chance chez les personnes défavorisées qui ne peuvent accéder à la chirurgie bariatrique et qui sont ainsi privées du gain en années de vie procuré par l'intervention. Au regard de leur vulnérabilité, ces populations pourraient utilement faire l'objet d'études dédiées.

1.7.1 Les conséquences de l'obésité et de la chirurgie bariatrique sur la grossesse constituent un point de vigilance particulier

[669] Durant la grossesse, l'obésité impacte la santé de la mère et de l'enfant. Pratiquée chez des femmes en âge de procréer, la chirurgie peut également impacter leur grossesse et aboutir à des complications. Inversement, la grossesse semble influencer sur les résultats de la chirurgie bariatrique.

[670] En France, le taux de surpoids ou d'obésité chez les femmes enceintes s'élevait à 27,2 %, taux parmi les plus bas en Europe (90). Lors de la grossesse, l'obésité maternelle est associée à des risques aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né. Les mères risquent plus de développer un diabète gestationnel et une pré-éclampsie (91,92). Les risques de fausse-couche et d'anomalie congénitale sont plus élevés (93,94) ainsi que les risques de macrosomie et d'accouchement par césarienne (94,95). Et il est également démontré que les enfants naissant par césarienne ont plus de risque de développer une obésité (96,97). Une revue de la littérature récente confirme les risques précités, en plus des risques d'anxiété et dépression anténatales, et

³⁹⁴ Haute Autorité de Santé - Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC). https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac

de dépression post-partum plus élevés (98). Une partie de ces risques, comme le diabète gestationnel, peut être prévenue avec des interventions telle qu'un régime et de l'activité physique (99,100), et par le biais d'un soutien renforcé pour les mères obèses (101), sachant qu'elles sembleraient plus difficilement accéder aux aides ou aux conseils, comme pour l'allaitement (102,103).

[671] Des études se sont plus intéressées aux risques liés à l'obésité maternelle chez des femmes enceintes ayant subi une CB. Il en ressort que la chirurgie bariatrique réduit les risques de diabète gestationnel, de macrosomie, et d'accouchement prématuré mais pas de retard de croissance intra-utérin et de la mortalité, risques qui seraient même augmentés (104). La grossesse n'aurait en revanche pas d'impact à long terme sur les résultats d'une chirurgie bariatrique, hormis de ralentir la perte de poids initiale (105).

1.7.2 La disparité territoriale du taux de recours à la chirurgie bariatrique en France pourrait s'expliquer du fait d'une inadéquation entre offre et demande de soins

[672] En France, le taux de recours à la chirurgie bariatrique est différent selon les régions et les départements³⁹⁵. En 2014, le taux de recours moyen au niveau national est de 72 interventions pour 100 000 habitants. Ce taux de recours varie fortement entre départements (24 dans le Puy-de-Dôme à 170 en Haute-Corse) (annexe 3).

[673] Ce taux n'est pas corrélé au taux de prévalence de l'obésité sur le territoire (Tableau 2). Pour lutter contre les inégalités d'accès vraisemblables à la chirurgie bariatrique, il est nécessaire de s'interroger sur les déterminants du recours à la chirurgie bariatrique comme cela a déjà été fait pour d'autres chirurgies en France. A cet égard, une récente étude de l'Irdes (106) 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 du taux de recours à la chirurgie de la prostate étant expliqués par la densité de chirurgiens et le nombre de lits de chirurgie disponibles.

[674] En l'absence d'étude équivalente pour la chirurgie bariatrique, la mission a réalisé, dans la mesure de ses moyens, une étude de faisabilité sur le modèle de l'étude de l'Irdes (contactée à cet effet par la mission) pour identifier les facteurs explicatifs du taux de recours à la chirurgie bariatrique en France. La maille départementale étant jugée pertinente par l'Irdes pour servir de base d'étude, la mission a utilisé les taux de prévalence départementaux de l'obésité issus de la cohorte Constances (107). S'ils ont le mérite d'exister, le petit nombre de taux départementaux disponibles (16 sur 90, soit 17 %) réduit cependant la puissance et la significativité de l'étude. Les autres données utilisées pour la modélisation sont issues du PMSI, de l'Insee et de la base Eco-santé de l'Irdes.

[675] Sur la corrélation bivariée (Tableau 2), le revenu médian semble être associé au taux de recours à la chirurgie bariatrique ($p = 0.03$), ce qui n'est pas le cas de la prévalence ($p = 0.06$).

³⁹⁵ Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales. Edition 2016

Tableau 2 : Tests de corrélation avec le taux de recours à la chirurgie bariatrique

Niveau départemental	Coefficient r	p
Taux de prévalence de l'obésité	0,48	0,06
Taux de mortalité cardiovasculaire	-0,07	0,80
Nombre de lits publics	-0,01	0,95
Nombre de lits privés lucratifs	0,23	0,38
Nombre de lits privés non lucratifs	-0,02	0,93
Revenu médian	-0,53	0,03
Nombre de chirurgiens digestifs	-0,06	0,83

Source : Mission

[676] L'analyse multivariée (Tableau 3) retrouve le facteur économique et l'offre de soins, notamment privée, pour expliquer le taux de recours à la chirurgie bariatrique.

Tableau 3 : Régression linéaire multiple

Niveau départemental	Estimateur	p
Taux de prévalence de l'obésité	0,0051366	0,7421
Revenu médian	-0,0000939	0,0331
Nombre de lits privés lucratifs	0,0003214	0,0277

Source : Mission

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

1.7.3 Les populations défavorisées ont un moindre accès à la chirurgie bariatrique en raison de plusieurs barrières qui peuvent être à l'origine d'une perte de chance

[678] Une étude française mono-centrique (Centre hospitalier de Saint-Denis) s'est intéressée à l'influence de facteurs socio-économiques sur l'accessibilité à la chirurgie bariatrique, en comparant 2 groupes vivant dans la même zone géographique, l'un composé de personnes obèses candidats à la chirurgie bariatrique et l'autre groupe de témoins de même IMC non candidats (108). Le groupe de non candidats à la chirurgie est composé de personnes plus précaires sur le plan socio-économique, suggérant que le statut économique des personnes est un facteur déterminant dans le choix de la chirurgie bariatrique. Ces personnes étant a priori éligibles à l'intervention de chirurgie bariatrique, les auteurs de l'étude postulent l'existence de barrières économiques (une prise en charge pluridisciplinaire au décours d'une chirurgie bariatrique peut être en partie à la charge du patient) et sociales chez les patients les plus défavorisés pour lesquels ils recommandent de promouvoir l'intérêt et la légitimité de la chirurgie bariatrique.

[679] Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres pays comme en Australie (109) et aux Etats-Unis (110–112) où l'accès à une assurance santé expliquerait une partie de cette disparité socio-économique, les personnes n'ayant pas les moyens de s'assurer ayant moins de chance d'accéder à la chirurgie bariatrique. Le même constat est établi aux Etats-Unis où, comparativement aux patients couverts par une assurance privée, les patients bénéficiant d'une assurance publique (Medicare et Medicaid) sont moins opérés, et lorsqu'ils le sont, c'est avec une plus grande fréquence de complications (113). Cette disparité socio-économique est aussi retrouvée dans des pays offrant une couverture maladie universelle comme au Canada (114) et en Suède (115).

[680] Au Royaume-Uni, une étude a démontré l'absence de corrélation entre le volume d'activité des centres et le besoin plus particulier des personnes défavorisées. D'après les auteurs de l'étude, ces observations traduiraient une inégalité d'accès à la CB (116).

[681] Outre la dimension économique et sociale de l'accessibilité à la chirurgie bariatrique, certaines études se sont intéressées aux freins géographiques, une étude canadienne démontrant notamment que plus les centres de chirurgie bariatrique étaient éloignés des patients, moins ces derniers avaient de chance de se faire opérer (117).

1.8 Malgré son efficacité démontrée, la chirurgie bariatrique suscite encore des interrogations qu'il convient d'instruire en intégrant davantage les pratiques au sein d'une recherche clinique et en y associant des études médico-économiques

[682] En attendant les résultats de la recherche fondamentale, il faut poursuivre les études portant sur les interventions de chirurgie bariatrique. Leur efficacité étant déjà démontrée en termes de qualité et de gain d'années de vie pour les personnes opérées, l'effort doit porter sur les questions encore en suspens, comme celles relatives à la manière dont s'opère effectivement le choix du patient obèse confronté à la possibilité d'une intervention bariatrique. La stratégie thérapeutique retenue est en principe concertée par l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient au sein de réunions dédiées³⁹⁶. Outre de s'assurer de l'éligibilité technique du patient à l'intervention, la décision doit prendre en compte l'avis et le projet de vie du patient, d'autant plus si on considère qu'une reprise de poids est envisageable, avec une possible reprise chirurgicale sans garantie de succès et encore plus risquée (118).

[683] Dans les faits, il semble que le choix du patient soit parfois contraint par un défaut d'information et/ou par l'incapacité de l'établissement de santé qui le prend en charge de proposer les trois grands types des techniques chirurgicales. De manière plus générale, on ne peut que regretter l'absence de consensus autour des pratiques à adopter en fonction des profils de patients, qui permettrait de réduire l'aléa observé à travers les disparités territoriales des pratiques (à profil comparable, deux personnes obèses peuvent se voir proposer des techniques différentes selon le lieu de leur prise en charge).

³⁹⁶ Recommandations de bonne pratique. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Haute Autorité de Santé. 2009. La chirurgie bariatrique est indiquée par décision collégiale, prise après discussion et concertation pluridisciplinaires

1.8.1 Les effets à long terme de certaines techniques chirurgicales ne sont pas connus et pourraient engendrer des graves complications chez les patients opérés devant ainsi être mieux suivis

[684] Les traitements chirurgicaux de l'obésité ne reposent pas encore assez sur une médecine fondée sur les preuves en raison d'un manque de recul et d'évaluation. Dans la pratique, ceci n'est pas sans poser question. A cet égard, la sleeve est la technique chirurgicale la plus pratiquée en France, alors que ses effets à long terme sur les personnes opérées ne sont pas encore connus. De même pour le bypass en oméga dont la pertinence même est controversé (119) et qui suscite des craintes, en raison de complications à long terme potentiellement graves.

[685] De plus, lorsque les patients relèvent d'une chirurgie, le choix du traitement ne devrait pas se faire uniquement sur la technique chirurgicale, dans la mesure où, pour être pleinement efficace, l'intervention doit s'inscrire dans une prise en charge globale qui comprend une préparation à la chirurgie et un suivi. Ces deux temps en amont et en aval de la chirurgie relevant d'une prise en charge médicale doivent aussi être évalués. Aux dires d'experts, les études sur l'organisation des soins, notamment sous forme randomisée, sont nécessaires. Ces études, qui font défaut en France, pourraient porter sur la période préopératoire déterminante pour un bon suivi et pour la réussite de l'intervention. Par ailleurs, le développement des technologies et de la médecine connectée susceptibles d'améliorer le suivi des patients opérés constituent une opportunité de recherche qu'il paraît nécessaire d'investir. Aux dires d'expert, la cinétique de poids appréhendée via l'utilisation d'une balance connectée serait ainsi une piste à creuser pour prédire la réussite de l'intervention et prévenir l'apparition de complication en convoquant si besoin les patients. Outre de tester leur opportunité, les études devraient aussi évaluer l'efficacité du recours à des tels dispositifs à travers des approches médico-économiques.

1.8.2 Le développement d'essais cliniques peut se heurter à certaines difficultés qu'il est en partie possible de dépasser via la mise en place de registres

[686] Les nouvelles techniques médicales et chirurgicales, et a fortiori, celles comportant des risques, devraient faire l'objet d'une évaluation à définir dans le cadre de programmes de recherche clinique, ce qui permettrait au mieux d'inclure des patients dans des essais comparatifs randomisés à fort niveau de preuve scientifique. S'agissant de la chirurgie en général, un obstacle important existe cependant, lié aux difficultés de recruter dans le cadre d'essais cliniques des patients dont la plupart ne sont souvent pas prêts à accepter la possibilité d'être inclus dans le bras d'étude proposant une thérapie jugée moins efficace. Une autre difficulté inhérente aux essais cliniques (dont le nombre de patients inclus est généralement restreint, ce qui est assez paradoxal eu égard à l'importance de la population concernée) est de pouvoir classer les patients obèses en vue d'inclure des patients homogènes et appariables (c'est-à-dire ayant des critères communs pertinents) permettant les comparaisons les plus précises. Ces limites peuvent être partiellement contournées via par la mise en place des registres permettant l'initiation d'études réalisées en vie réelle, l'analyse et le suivi de la chirurgie des patients pouvant se faire en continu sans la nécessité de les faire rentrer dans des essais (cf. partie 2).

2 OBESITE ET RECHERCHE : MOYENS ET TRAVAUX EN COURS - CE QU'ON FAIT

[687] Via les registres, la recherche clinique se fait en continu sans le formalisme des essais cliniques où les conditions sont très contrôlées, mais avec l'avantage de porter sur des patients qui, n'étant pas « idéaux » en termes de protocole, sont peut-être aussi plus représentatifs de la population cible à laquelle le traitement testé est destiné. Cette approche de recherche en vie réelle, qui s'appuie notamment sur les nouvelles technologies facilitant le recueil des données à grande échelle, permet de comparer plus largement les options thérapeutiques et de cerner certaines problématiques rencontrées.

2.1 Les registres nationaux sur la chirurgie bariatrique concourent à une plus grande information des patients, à une meilleure considération de leur qualité de vie, ainsi qu'à la transparence des pratiques chirurgicales et à la recherche

[688] La chirurgie de l'obésité connaît un essor notable en raison de l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de l'absence de traitement alternatif efficace (annexe 2). Connaître la qualité de la prise en charge chirurgicale, les effets bénéfiques à long terme sur les comorbidités et les effets indésirables de la chirurgie, ainsi que l'impact sur la qualité de vie des patients opérés sont autant d'éléments qu'il est possible et nécessaire de recueillir en « vie réelle » en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

[689] A ce titre, le registre constitue l'outil de référence capable de croiser l'ensemble de ces données en vue de tirer des enseignements déterminants en matière de santé publique, raison pour laquelle un certain nombre d'Etats ont fait le choix de s'en doter.

2.1.1 La qualité de vie des personnes opérées est un sujet central de la chirurgie bariatrique qu'il convient alors de mesurer justement

[690] Les résultats à court et moyen termes de la chirurgie bariatrique sont aujourd'hui bien documentés, qu'il s'agisse de la perte de poids, de la rémission plus ou moins importante de certaines comorbidités comme le diabète, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie (annexe 2). L'efficacité de la chirurgie bariatrique est ainsi perçue au travers du prisme de l'amélioration des résultats cliniques mais à l'exclusion du point de vue des patients pour qui le résultat essentiel est l'amélioration de leur qualité de vie, ce dernier point n'étant pas anodin.

[691] A titre d'illustration, la perte de poids rapide en post-opératoire peut ainsi engendrer un excès de peau à l'origine de troubles émotionnels (120,121), et d'autres conséquences psychologiques induites (122,123). A cet égard, l'ensemble des conséquences de la chirurgie bariatrique, allant des symptômes physiques aux symptômes fonctionnels et psychologiques, requiert donc d'être évalué avec attention, en particulier sur la qualité de vie des personnes (122). Dans cette perspective, des moyens de mesure des résultats ressentis et déclarés par les patients tels que les PROMs³⁹⁷, issus de questionnaires validés, génériques ou spécifiques d'une

³⁹⁷ Patient Reported Outcome Measures, sachant qu'existent aussi les PREMs pour Patient Reported Experience Measures

pathologie, permettent de recueillir une information sur l'efficacité d'un traitement du point de vue du patient.

[692] Dans les études sur la chirurgie bariatrique, le questionnaire le plus utilisé est le SF-36 (124), questionnaire générique et validé sur la qualité de vie liée à la santé. Son caractère générique limite cependant ce qui relève spécifiquement de cette chirurgie, et le rend moins sensible à la détection de changements chez les personnes obèses opérées (125,126). Nombre de questionnaires sur l'obésité ont été développés mais peu sont validés (126-129). Or il semble important de trouver un ensemble d'indicateurs communs pour des études à venir, afin de pouvoir réaliser des méta-analyses et des comparaisons entre les centres et d'apprécier l'efficacité des stratégies thérapeutiques testées en identifiant les meilleures pratiques. Un projet de jeu d'indicateurs de résultats est en cours d'élaboration par une équipe anglaise (130). Le recueil de ces données essentielles pourrait être systématisé au sein du registre.

2.1.2 Le recueil de données sur l'obésité à longue échéance ainsi que la mesure de la variabilité des pratiques chirurgicales sont utiles pour guider la pratique et améliorer la performance des soins

[693] Les études de recherche clinique ne recueillent pas les informations auprès des patients dans le cadre d'un suivi à long terme. Seules les études de cohortes suivent les patients sur plusieurs années et permettent ainsi de comparer l'efficacité des interventions dans le temps. Ainsi, l'essentiel des conduites cliniques sont, à ce jour en France, guidées par les résultats d'étude de cohortes étrangères, les études de cohortes représentatives de la population française (type Constances) ne comptant pas assez de patients opérés pour pouvoir en inférer des enseignements significatifs. Cependant, l'exploitation en cours de la cohorte mise en place par la CNAMTS en 2009 et portant sur 15 000 patients opérés, devrait pouvoir fournir des compléments d'informations utiles pour orienter les pratiques hexagonales (annexe 2).

[694] Des études ayant comparé différentes pratiques chirurgicales ont mis en exergue une grande variabilité des taux de complications post-opératoires, de ré-hospitalisations et de ré-interventions (131), ce qui permet de penser qu'il existe une marge de progression pour l'amélioration des pratiques voire des prescriptions (132). La description de la population des personnes opérées, ainsi que la mesure de la variabilité des pratiques, sont issues de l'analyse de données de registres qui font ainsi de ces derniers un levier de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la chirurgie bariatrique.

2.2 Des exemples de registres nationaux mise en place à l'étranger témoignent de l'avance prise par certains pays et de la volonté des acteurs engagés dans l'amélioration de la qualité des soins de chirurgie bariatrique

[695] Ci-dessous sont présentés des exemples de registres nationaux dans des pays dont les politiques de santé en matière de chirurgie bariatrique diffèrent, mais qui convergent sur l'utilité de mettre en place de tels outils.

2.2.1 The Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg) : un registre exhaustif piloté par l'ensemble des acteurs concernés par la qualité de vie des patients opérés en Suède

[696] Mis en place en 2004 par la Société Suédoise de Chirurgie, le registre sur la chirurgie bariatrique est financé par les autorités nationales et locales. Son comité de pilotage est composé de représentants des hôpitaux, universités, des régions et des professionnels de santé (133). L'objectif était de créer un registre national recueillant les données de tous les hôpitaux publics et privés pratiquant la chirurgie bariatrique (44 au total en Suède) et de conditionner le financement du registre par la mesure de la qualité de vie des personnes opérés. Des contrôles de la qualité des données sont effectués et des rapports annuels sont publiés³⁹⁸.

[697] En pratique, pour améliorer le taux de réponses des patients, il a été décidé de leur faire remplir lors de leur visite, un questionnaire en ligne, via une interface utilisateur conviviale, ne devant pas leur prendre plus de 3 minutes. La qualité de vie des patients opérés est mesurée par le questionnaire de qualité de vie SF-36 et une échelle des problèmes liés à l'obésité. L'entrée dans le registre des complications incombe aux services de chirurgie ayant initialement pris en charge les patients mais après notification, cette responsabilité peut être transférée. Les données du registre sur la chirurgie bariatrique peuvent être croisées avec celles d'autres registres pour connaître l'adresse postale, le statut vital des patients opérés, les hospitalisations. Un des atouts du registre suédois est d'être exhaustif puisque 99,1 % des opérations y sont enregistrées. Il garantit ainsi la représentativité de la population des personnes opérées, dont le suivi médian de 3 ans présente une grande puissance pour les études sur l'obésité.

2.2.2 The United Kingdom (UK) National Bariatric Surgery Registry (NBSR) : un registre qui permet une lisibilité et une transparence de l'offre chirurgicale au Royaume-Uni

[698] En 2008, un consortium formé de trois sociétés savantes chirurgicales en partenariat avec une entreprise spécialisée dans l'analyse et le support de bases de données (Dendrite Clinical Systems³⁹⁹, qui gère 170 registres internationaux ou nationaux de plus de 80 pays dans le monde), a mis en place le registre national de la chirurgie bariatrique au Royaume-Uni. Le registre anglais est une application en ligne qui collecte de manière prospective les données de tous les patients opérés d'une chirurgie bariatrique au Royaume-Uni et en Irlande. Chaque

³⁹⁸ <http://www.ucr.uu.se/soreg/>

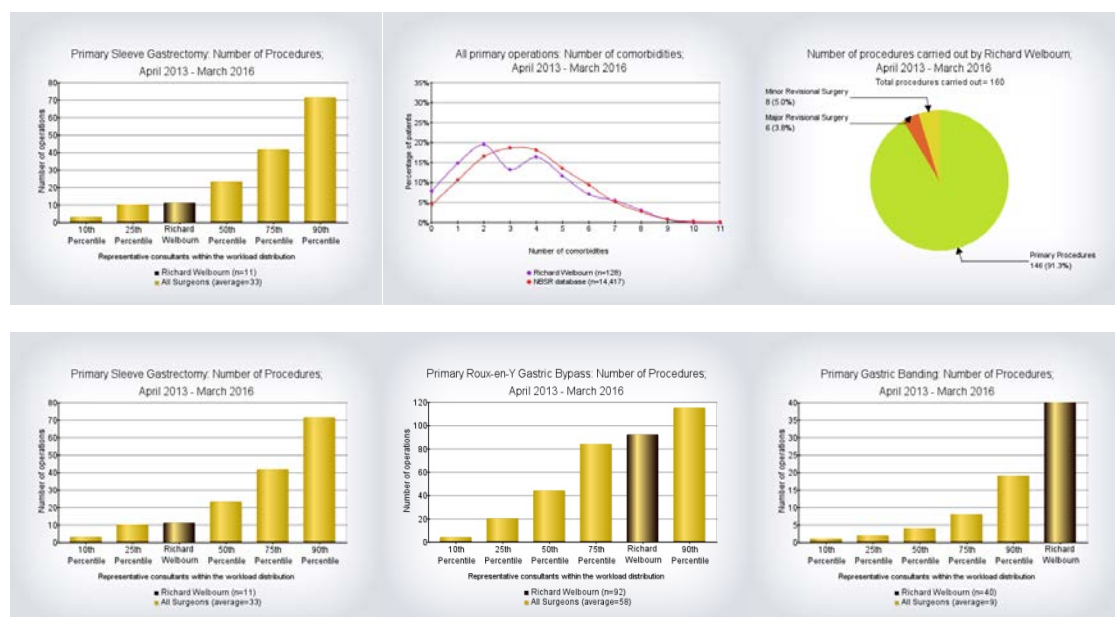
³⁹⁹ <http://www.e-dendrite.com/>

chirurgien a accès à ses propres données, généralement collectées lors des visites en pré et post-opératoire. Deux rapports établissant l'état de la chirurgie bariatrique au Royaume-Uni avec une présentation de données agrégées, ont été publiés en 2010 et 2014 (134,135) et un troisième rapport devrait prochainement suivre. D'après les promoteurs, les analyses issues de ce registre permettront à terme d'indiquer les profils de patients chez qui une chirurgie bariatrique a le plus de chance de succès, ce qui leur semble d'autant plus important que la part de personnes éligibles à une opération dans le système anglais est fortement contingentée (136).

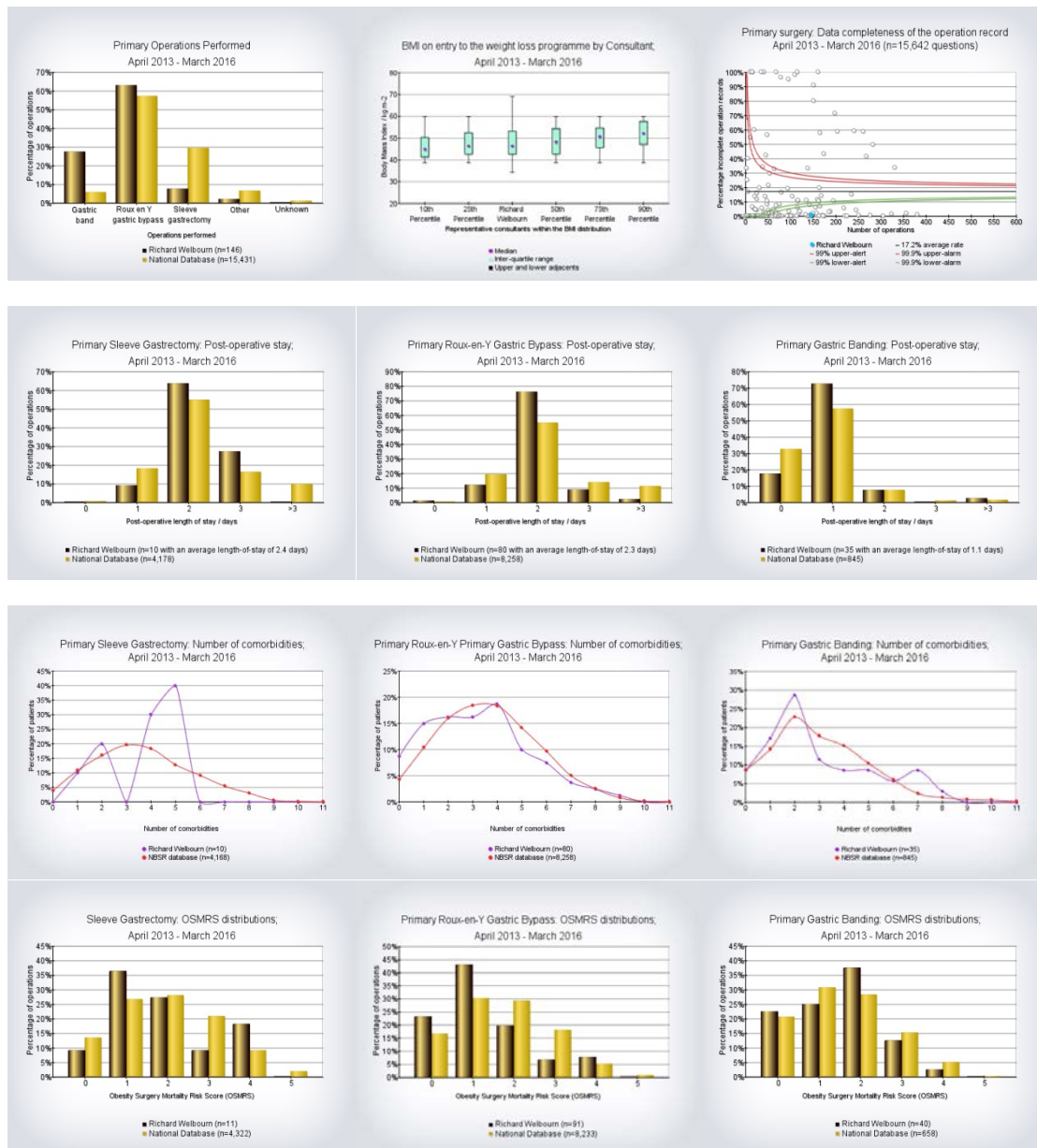
[699] Concrètement, les patients peuvent consulter sur un site⁴⁰⁰ des données les informant de l'offre chirurgicale qui leur est proposée, ce qui leur donne une lisibilité de celle-ci et les éclaire dans le choix de leurs praticiens et établissements de santé. Par exemple (Figure 1), les patients peuvent identifier les praticiens exerçant dans les établissements de santé qu'ils sélectionnent, puis accéder aux différentes informations concernant leurs pratiques (par exemple, la fréquence des trois techniques chirurgicales par praticien) en comparaison des références nationales.

[700] Dans le cas où un patient souhaiterait se faire poser un anneau gastrique, il peut se renseigner pour savoir quel chirurgien le propose. Les patients peuvent également consulter le type de patientèle suivie par chacun des praticiens du registre. A cet égard, il est possible de connaître la fréquence des patients suivis par ces derniers en fonction de la sévérité de leur situation, appréhendée à travers l'IMC, le nombre de comorbidités présentes, ainsi que par le score de gravité OS-MRS (137) qui est un score prédictif de la mortalité post-opératoire. Les patients peuvent ainsi savoir si un praticien a l'habitude de prendre en charge ou non des patients compliqués. Enfin, il est possible d'accéder aux données d'activité des chirurgiens, telle que la durée d'hospitalisation des patients opérés, la mortalité intra-hospitalière, et la qualité du remplissage des données.

Figure 1 : Exemple de résultats d'un chirurgien de l'obésité, issus de la base de données du registre national UK NBSR, accessibles au public



⁴⁰⁰ <http://nbsr.e-dendrite.com/>



[701] Par ailleurs, le National Health System (NHS) met aussi à disposition sur son site⁴⁰¹ des informations accessibles aux patients qui peuvent notamment consulter la liste des hôpitaux⁴⁰² et des praticiens⁴⁰³ de leur zone d'habitation et obtenir des classements en fonction d'indicateurs, notamment de résultats de la chirurgie. Pour la chirurgie bariatrique, ces indicateurs sont le taux de mortalité hospitalière, le nombre d'interventions, le taux de ré-interventions et la qualité du remplissage des données. Ces données sont celles qui importent le plus aux patients, sachant qu'il peut y avoir une discordance entre les médecins et les patients concernant la perception de l'importance des différents indicateurs (138). Parmi les exemples de ce qui peut être d'intérêt pour les patients, on peut ainsi citer le fait de connaître l'amélioration de la capacité des patients à monter un certain nombre des marches d'escalier

⁴⁰¹ <https://www.nhs.uk/service-search/Performance/Search>

⁴⁰² <https://www.nhs.uk/service-search/performance-indicators/organisations/hospital-specialties-bariatric-surgery?ResultsViewId=1169>

⁴⁰³ <https://www.nhs.uk/service-search/performance-indicators/consultants/consultants-bariatric-surgery?ResultsViewId=1032>

sans être essoufflés, douze mois après l'opération. Enfin, pour permettre une comparaison internationale des données des registres, il est nécessaire de s'accorder sur une liste d'indicateurs communs, concernant notamment les résultats (139), qui devront inclure les indicateurs importants aux yeux des patients.

2.2.3 En cours de construction, le registre français des chirurgiens de la SOFFCOMM répond à un vrai besoin émanant des chirurgiens et des patients

[702] La base de données (SNIIRAM) et les cohortes de patients opérés de la Cnamts permettent de renseigner de manière indirecte sur l'efficacité de la chirurgie bariatrique à travers des indicateurs de consommation de soin. Par exemple, l'impact de la chirurgie bariatrique sur le diabète sera appréhendé à travers l'évolution de la consommation de traitements antidiabétiques (leur baisse reflétant l'efficacité de l'intervention). Faute de recueillir le poids exact des patients, ces bases de données ne permettent en revanche pas de suivre leur évolution post-opératoire.

[703] A côté de ces bases de données de la Cnamts, l'idée est née, à partir du souhait des chirurgiens regroupés dans la société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques (SOFFCOM) d'avoir un retour sur leurs pratiques, d'un registre français des personnes ayant fait l'objet d'une chirurgie bariatrique en recueillant diverses informations cliniques. La base de la Cnamts ne pouvant permettre d'analyse sur ce point, le registre ambitionne de réunir toutes les données utiles pour apprécier l'efficacité des traitements. Hormis dans sa première année de fonctionnement, son financement n'est pas clairement assuré (annexe 2)⁴⁰⁴.

[704] Enfin, depuis mai 2016, les patients peuvent s'informer de l'offre de soins via Scope Santé⁴⁰⁵ qui fournit les données comparatives pour les aider à choisir leur établissement de santé (niveau de qualité de l'hôpital ou de la clinique dans laquelle il est susceptible d'être hospitalisé). L'analyse publique de l'offre de soins est également accessible via les palmarès des hôpitaux régulièrement publiés par la presse, dont l'algorithme de classement, s'appuyant sur des données hospitalières (ATIH, HAS), n'est cependant pas clairement explicité⁴⁰⁶. En supposant qu'il repose en grande partie sur le volume d'activité des établissements de santé, cela n'en fait pas obligatoirement un gage de qualité de la prise en charge des patients.

⁴⁰⁴ En France, ce type de registre peut être financé par les pouvoirs publics dans le cadre des dispositions relatives aux registres à caractère épidémiologique (arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres).

⁴⁰⁵ 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) comparatives pour aider le patient à choisir son établissement de santé (niveau de qualité de l'hôpital ou de la clinique) en l'informant des niveaux de certification HAS, de les comparer sur les thématiques de certification et sur les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins ; <https://www.scopesante.fr/fiches-etablissements>.

⁴⁰⁶ <http://hopitaux.lepoint.fr/methodo.php>; <http://www.lexpress.fr/palmares/hopitaux/methodologie>

2.3 La recherche sur l'obésité en France présente des atouts fondés sur une expertise reconnue et un réseau structuré qu'il est important d'entretenir

[705] La recherche française sur l'obésité bénéficie d'atouts qui en font un axe fort de l'amélioration de la prise en charge médicale et chirurgicale. Mais d'après certains interlocuteurs de la mission, elle ferait l'objet d'un moindre investissement avec le risque de fragiliser des acquis solidement fondés.

2.3.1 Les CIO et les CSO ont été créés avec l'ambition de répondre à plusieurs missions, mais sans les moyens en rapport à l'ampleur des tâches confiées, il y a un risque de découragement des professionnels et de perte d'opportunité

[706] La recherche clinique sur l'obésité s'effectue en grande partie dans les 37 CIO et CSO répartis sur le territoire national. Cette implantation permet une couverture large de patients qui ont ainsi la possibilité de participer aux essais cliniques sur l'obésité. Par ailleurs, les CIO ont développé une expertise pointue dans la recherche, notamment fondamentale, participant au rayonnement international de la France reconnue pour la qualité de ses chercheurs en matière d'obésité. Et le réseau FORCE vient en appui des CIO et CSO pour soutenir la recherche sur l'obésité.

[707] Réuni le 24 janvier 2012 sur la base de l'instruction du 29 juillet 2011, un jury national a désigné cinq CIO parmi 15 établissements de santé candidats. Ce jury était composé de sept membres issus de l'AVIESAN, de sociétés savantes (AFERO, SOFFCO-MM, SFD), d'une association d'usagers (CNAO) et d'une personnalité qualifiée au titre de la pédiatrie⁴⁰⁷. Les cinq CIO retenus sont le CHU de Toulouse, l'AP-HP zone Centre et l'AP-HP zone Nord, les Hospices Civils de Lyon, ainsi que le CHRU de Lille.

[708] Les CIO sont aussi des centres spécialisés de l'obésité (CSO) et assurent les mêmes missions de troisième recours que ces derniers à un niveau supra régional et/ou national (annexe 4). Les CIO ont par ailleurs des missions complémentaires en étant chargés de :

- Produire des diagnostics et proposer des traitements très spécialisés (situations médico-chirurgicales complexes, ex : chirurgie bariatrique chez le candidat à une chirurgie ou greffe d'organe) ou rares (maladies rares, syndromes génétiques, obésités syndromiques), en lien avec une structure pédiatrique et aux expertises correspondantes ainsi qu'à une offre d'explorations très spécialisées (IRM et scanner adaptés, angiographie et gamma caméra) ;
- Développer une politique d'enseignement universitaire en rapport avec l'obésité, de formation et de recherche sur les procédures de traitement médical et chirurgical.

[709] Au-delà de leur mission de prise en charge médicale et chirurgicale de l'obésité exercée au même titre que les CSO, les CIO ont donc également un rôle d'impulsion de la recherche, porté au sein du réseau FORCE (voir ci-dessous). D'après les acteurs rencontrés par la mission, il y a un fort besoin de coordination et d'intégration des dimensions soins et recherche. Pour cela, il

⁴⁰⁷ « Plan obésité : les 5 centres intégrés ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 22 juin 2012. <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/plan-obesite-les-5-centres-integres>

est nécessaire de créer le lien entre tous les acteurs, afin d'assurer un suivi différent pour les adultes et les enfants, d'harmoniser les pratiques et de veiller au bon maillage local avec les réseaux. Cependant, les praticiens consultés par la mission l'ont alerté sur le manque criant de moyens pour assurer ces missions.

2.3.2 Le réseau FORCE contribue à la recherche sur l'obésité en France en assurant un soutien méthodologique, une coordination des équipes et une diffusion de l'information

[710] FORCE⁴⁰⁸ est le réseau national « d'excellence » de recherche clinique sur les obésités et les maladies associées. Les objectifs principaux poursuivis par ce réseau sont :

- Définir une meilleure classification des patients obèses en fonction de leurs phénotypes spécifiques ;
- Avoir une meilleure compréhension des maladies liées à l'obésité et de leurs complications pour identifier des cibles thérapeutiques grâce à une approche de recherche translationnelle ;
- Effectuer des essais cliniques à grande échelle (multicentriques, nationaux et européens) auprès de patients soigneusement ciblés, dans le but de développer, évaluer et mettre en place des traitements innovants dans le domaine de l'obésité.

[711] En France, le réseau FORCE s'appuie sur les médecins et chercheurs des 3 centres fondateurs (Paris, Lyon et Toulouse) où la proximité entre structures de soins des patients obèses et centres de recherche vise à décloisonner la recherche via l'association de ces structures aux expertises complémentaires des :

- Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO) et Centres Intégrés de l'Obésité (CIO) ;
- Centres d'Investigations Cliniques (CIC) et Centres de Recherche en Nutrition Humaine (CRNH) ;
- Unités de recherches INSERM.

[712] Coordonnée depuis Toulouse (Institut des Maladies Métaboliques et Cardiovasculaires - I2MC), cette structuration de la recherche fédère les chercheurs appartenant à plusieurs réseaux. Elle est notamment matérialisée au sein de l'Institut Cardiométabolisme et Nutrition (IHU ICAN) à Paris et au Centre Européen de Nutrition pour la Santé (CENS) de Lyon. Le réseau FORCE collabore avec le Groupe de Coordination et de Concertation (GCC) des CSO pour le soutien des CSO qui souhaitent s'engager dans la recherche. L'expertise du réseau FORCE peut être sollicitée dans toutes les phases de la recherche : de la conception à la mise en place des études cliniques. Ses principaux voies et moyens sont les suivants :

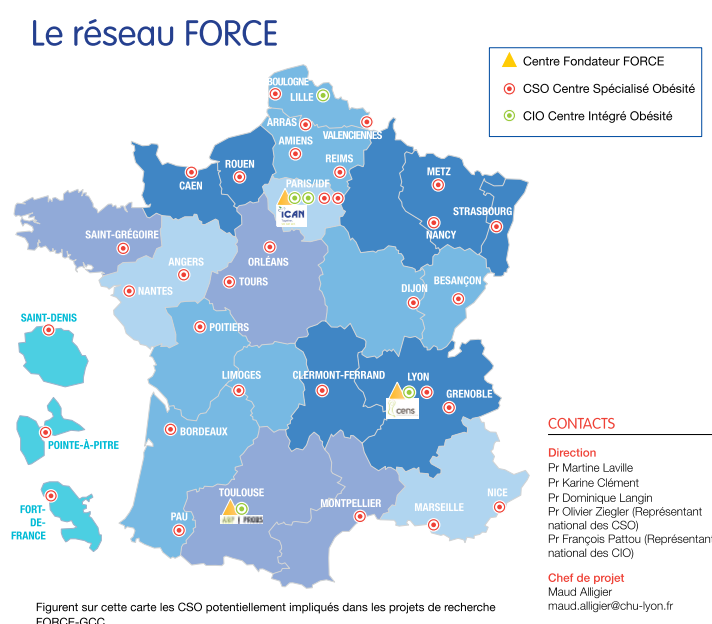
- Expertise scientifique et méthodologique (développement de nouveaux concepts et de plans expérimentaux originaux) ;
- Aide à la coordination dans les étapes clés du montage ;
- Recherche et mise en relation des partenaires à l'échelle nationale et européenne ;

⁴⁰⁸ « FORCE - French Obesity Research Centre of Excellence ». <http://www.force-obesity.org/fr/accueil>

- Etude de faisabilité au sein du réseau ;
- Soutien administratif et technico-réglementaire (budget, soutien aux démarches réglementaires, facilitation des signatures des conventions dans les centres,...) ;
- Optimisation du recrutement et suivi des inclusions.

[713] FORCE a été labellisé en 2014 réseau d'excellence par l'infrastructure F-CRIN⁴⁰⁹ qui a pour mission de renforcer la visibilité et la compétitivité de la recherche clinique française, qu'elle soit académique ou industrielle, en particulier au plan européen et international.

Figure 2 : Carte des CIO et CSO participant au réseau Force



2.3.3 Le travail des équipes de recherche sur l'obésité et la chirurgie bariatrique permet d'avancer dans la compréhension de la maladie et de cerner des questions en lien avec la chirurgie bariatrique

[714] Ci-après sont présentées des équipes de recherche sur l'obésité et la chirurgie bariatrique, ainsi que l'illustration de leur travail par la citation de quelques-unes de leurs publications. Il s'agit d'exemple des travaux menés par les équipes rencontrées par la mission au titre de la recherche, qui ne représentent qu'une partie de l'ensemble des travaux des équipes de recherche sur l'obésité.

Description de l'Institut de Cardiométabolisme et Nutrition (ICAN)

L'institut de Cardiométabolisme et Nutrition (ICAN) développe la médecine du futur dans le domaine du cardiométabolisme et de la nutrition. Situé à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, ICAN a été inauguré en Novembre 2011. Le financement de cet Institut a été accordé dans le cadre du programme d'investissements d'avenir initié par le gouvernement français pour faire face aux enjeux de santé en Europe et dans le monde.

ICAN s'appuie sur les forces et l'expertise des unités de recherche médicale et scientifique de l'INSERM et de

⁴⁰⁹ « F-CRIN | French Clinical Research Infrastructure Network ». <http://www.fcrin.org/>

l'Université Pierre et Marie Curie et des équipes médicales de l'AP-HP. La communauté ICAN rassemble des chercheurs et des cliniciens du cœur et du métabolisme ainsi que des paramédicaux (infirmiers, diététiciens, psychologues...).

ICAN vise à lutter contre l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, la NASH (stéatose hépatique non alcoolique) et les dyslipidémies en traduisant les découvertes de la recherche centrée sur le patient en innovations thérapeutiques et diagnostiques. Pour cela, ICAN met en œuvre une approche pluridisciplinaire.

Les grands objectifs d'ICAN sont de :

- Développer une recherche translationnelle dans le domaine des maladies cardio-métaboliques à l'échelle internationale*
- Développer une médecine personnalisée dans laquelle les innovations sont traduites en soins*
- Former les futurs professionnels de santé*
- Valoriser la recherche via des partenariats public/privé*
- Disséminer la connaissance scientifique au sein des professionnels et du grand public*

Source : ICAN, <http://www.ican-institute.org>

[715] Au sein de l'ICAN, l'équipe de Nutrition et Obésité, Approches Systémiques (NutriOmics)⁴¹⁰ dirigé par le Pr Karine Clément travaille sur l'hypothèse que l'obésité est une maladie d'adaptation aux changements des habitudes de vie de notre société. Deux facteurs contribuent à la complexité de la recherche dans le domaine de l'obésité : le caractère évolutif de la réponse génétique aux modifications de l'environnement et le caractère adaptatif du tissu adipeux qui est source de résistance aux traitements et de développement des comorbidités. A cet égard, l'objectif de l'équipe NutriOmics est de mieux appréhender cette complexité afin d'identifier de nouvelles cibles de traitements, et des biomarqueurs et prédicteurs de la progression de la maladie. Parmi les nombreuses publications⁴¹¹ de l'équipe concernant la chirurgie bariatrique, citons :

- Le développement d'Ad-DiaRem qui est une classification permettant de prédire la rémission du diabète des patients subissant un bypass. Cette classification contribue ainsi à pouvoir dire avec une plus grande précision pour quels patients la chirurgie bariatrique constitue une bonne indication (140).
- Le développement du « FAT score », simple à calculer, vise à quantifier la fibrose du tissu adipeux. Plus le tissu adipeux est fibrosé, moins la perte de poids suite à une chirurgie bariatrique est importante. Le FAT score permettrait donc de manière simple de prédire le potentiel de réduction de poids suite à un bypass (141).

[716] Pour sa part, le Centre de Recherche en Nutrition Humaine Rhône-Alpes (CRNH RA) est à l'origine de nombreuses publications⁴¹², parmi lesquelles des études sur les thèmes suivants :

- Facteurs de risque de dénutrition chez les patients sévèrement dénutris à la suite d'une chirurgie bariatrique (142). L'étude retrouve que les patients ayant subi une intervention de type « mini-bypass » étaient plus à risque d'avoir une dénutrition sévère en post-opératoire.

⁴¹⁰ <http://nutriomique.org/>; <https://devhyp.nutriomique.org/>

⁴¹¹ <https://devhyp.nutriomique.org/publications/>

⁴¹² <https://www.crn timerh-rhone-alpes.fr/fr/publications>

- Sarcopénie (faiblesse de la masse musculaire et masse grasse élevée) chez la personne obèse. La sarcopénie est un facteur de risque chez les patients obèses et elle est ainsi à surveiller, même si les résultats de la chirurgie bariatrique chez ces patients sont les mêmes que ceux des patients obèses non sarcopéniques en termes d'amélioration des comorbidités et de la réduction de poids (143).

[717] L'institut des maladies métaboliques et cardiovasculaires (I2MC), a été créé à Toulouse par l'Inserm et l'Université Paul Sabatier (Toulouse 3)

Description du laboratoire de recherche de l'obésité - Equipe 4 de l'I2MC

L'I2MC représente un institut unique en France regroupant des équipes travaillant sur les facteurs de risque et leurs complications cardiovasculaires et notamment l'obésité, le diabète, les dyslipidémies, la thrombose, l'athérosclérose, l'angiogenèse, l'insuffisance rénale et cardiaque.

Le laboratoire de Recherche sur les Obésités explore les conséquences de l'excès de masse grasse observé dans l'obésité et cherche à comprendre les déterminants biologiques et les mécanismes moléculaires des complications métaboliques liées à l'obésité dont en particulier le diabète de type 2. Nous avons étudié de nouveaux aspects du métabolisme des acides gras dans le tissu adipeux et le muscle squelettique, mais aussi les liens entre les voies métaboliques, voies inflammatoires et fibrose et leurs relations avec la lipotoxicité et la résistance à l'insuline. En utilisant une approche translationnelle (Bedside-to-Bench), nous avons pu montrer que la modulation de la lipolyse du tissu adipeux et du muscle squelettique impacte l'oxydation des graisses, la lipotoxicité et la sensibilité à l'insuline.

Des études chez l'Homme et la souris ont montré qu'une intervention pharmacologique (inhibition de la lipolyse, traitement par des peptides natriurétiques) ou sur le mode de vie (exercice physique, régime hypocalorique) améliore les fonctions du tissu adipeux et du muscle squelettique et la sensibilité à l'insuline de l'organisme. Dans les cellules adipeuses, l'inhibition de la lipolyse ou l'activation de l'oxydation des acides gras montrent des effets bénéfiques en limitant le relargage d'acides gras dans la circulation sanguine et par une modulation intrinsèque du métabolisme du glucose. Dans le muscle squelettique, la régulation du métabolisme des triglycérides intramyocytaires par des lipases et de l'oxydation des acides gras par les peptides natriurétiques protègent contre le rôle délétère de l'excès d'acides gras circulants dans l'obésité.

Notre objectif général est maintenant d'élucider les mécanismes cellulaire et moléculaire associant le métabolisme des acides gras et du glucose au niveau des tissus et de l'organisme, et d'évaluer le potentiel thérapeutique de l'inhibition de la lipolyse du tissu adipeux et l'activation de l'oxydation des acides gras dans le muscle squelettique et le tissu adipeux.

Source : I2MC,

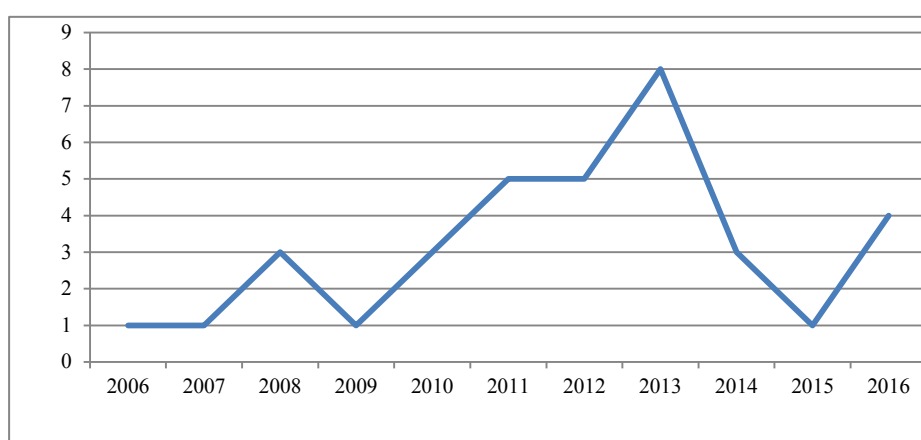
[718] L'équipe 4 de l'I2MC, dirigée par le Pr Langin, a notamment publié ⁴¹³ une étude s'intéressant aux facteurs prédictifs de la perte de poids suite à un régime diététique avec l'identification de biomarqueurs du tissu adipeux associés à la perte de poids, permettant de prédire chez quels patients ce type d'intervention est susceptible de fonctionner (144).

⁴¹³ http://www.i2mc.inserm.fr/index.php/fr/equipes-de-recherche/equipe-4?option=com_content&id=33

2.3.4 Levier indispensable pour optimiser la prise en charge des patients, la recherche clinique s'est fortement développée sous l'impulsion du plan obésité mais son maintien serait menacé

[719] Une recherche par mots-clés menée dans le cadre des programmes de recherche clinique a permis de recenser 35 projets de recherche en lien avec l'obésité retenus entre 2006 et 2016⁴¹⁴, dont 31 PHRC, 2 PHRME et 2 PHRIP⁴¹⁵. Sur la période 2010-2013 qui correspond à la période de 4 ans du Plan obésité (PO), 21 projets ont été retenus, soit 60 % de l'ensemble des projets retenus entre 2006 et 2016. A partir de 2010, on constate une évolution croissante du nombre de projets retenus, arrivant à un pic en 2013 avec 7 projets retenus. A partir de 2014, le nombre de projets retenus a fortement diminué, avec au plus 2 projets retenus par année⁴¹⁶.

Tableau 4 : Nombre de projets de recherche en lien avec l'obésité de 2006 à 2016



Source : DGOS

[720] Durant la période 2010-2013 couverte par le Plan Obésité (PO), le nombre de projets retenus en lien avec l'obésité a connu une croissance, et dès la fin du plan, le nombre de projets a diminué. Sans certitude compte-tenu de l'effectif faible, il semble que le PO ait eu un effet positif sur le nombre de projets de recherche retenus concernant l'obésité. Par ailleurs, il est à noter que le nombre de projets concernant l'amélioration de la prise en charge des patients directement à travers la chirurgie bariatrique n'est que de six. Ainsi, les projets sur la chirurgie bariatrique ne représentent qu'une faible part des projets de recherche sur l'obésité. Enfin, sans pouvoir dire s'il y a eu une baisse effective des projets et de l'intérêt porté à la recherche sur l'obésité, des risques la concernant avaient été perçus.

⁴¹⁴ « Les projets retenus ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 29 décembre 2015. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/article/les-appels-a-projets-de-la-dgos-les-projets-retenus>.

⁴¹⁵ Projets mentionnant les termes obésité ou chirurgie bariatrique ; PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique ; PRME : Programme de recherche médico-économique ; PHRIP : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

⁴¹⁶ Ce sont des jurys indépendants, organisés par le DGOS, qui évaluent les projets, puis une décision ministre est prise ; le faible nombre de projets retenus en 2014 pourrait avoir deux raisons : un jury peu sensible à la thématique et un manque de qualité des projets présentés à la sélection.

2.4 La recherche sur l'obésité en France s'est étiolée

[721] A la suite du PO, a été lancé un Atelier de Réflexion Prospective pour établir le devenir de la recherche sur l'obésité en France pour laquelle a été conçu un projet ambitieux doté pourtant de risques qu'il convenait d'essayer d'éviter.

2.4.1 Le plan obésité a constitué un levier efficace pour la recherche sur l'obésité en France

[722] Selon une étude publiée par le Pr Langin et ses collaborateurs (145), le Plan Obésité a permis d'adosser la prise en charge de l'obésité à des centres dédiés (CSO, CIO), dans un contexte où l'offre de soins était considérée comme « limitée ». A propos de la structuration nationale de la recherche sur l'obésité, cette étude rappelle que le Plan Obésité a « donné une impulsion aux recherches menées sur les obésités », tout en permettant d'atteindre une « masse critique de chercheurs de haut niveau dans le domaine du métabolisme et de la nutrition », notamment génomique et physiologie métabolique. L'étude pointe aussi le « fort potentiel en recherche translationnelle et clinique grâce aux ressources non exploitées en patients obèses présentes dans les 37 centres spécialisés sur l'ensemble du territoire ».

[723] Toutefois, les auteurs ont souligné des faiblesses telle que la dispersion des équipes de recherche alors que la pluridisciplinarité est nécessaire en matière d'obésité, comme le temps, afin de « permettre aux acteurs de s'accorder et de mettre en place un projet commun ». Parmi les risques pointés par les auteurs figurent la « disparition de la structuration de la communauté scientifique due à l'absence d'une force opérationnelle », et la menace d'un « désengagement institutionnel » de la communauté scientifique française au sein des projets européens, mettant en péril la présence pourtant essentielle de la France dans la compétition internationale.

2.4.2 Le projet de recherche sur l'obésité en France a sans doute été trop ambitieux au regard des moyens qui lui ont été confiés et de l'attention politique portée mais il peut être relancé

[724] Une des mesures du PO est destinée à « identifier les axes et synergies de recherche en biologie et sciences sociales et définir les orientations d'un futur appel d'offre ». L'Atelier de Réflexion Prospective sur les obésités (ARP PROBS)⁴¹⁷, lancé en 2012 par l'Agence Nationale de la Recherche, avait pour but de réaliser un état des lieux de la recherche et de définir ses futurs axes, en tenant compte de la cartographie des thèmes explorés, des acteurs associés et de la compétition internationale. Une liste de dix pistes de réflexion sur l'obésité a été établie pour structurer les échanges au cours des réunions organisées dans le cadre de cet atelier (Tableau 6). L'ensemble des thèmes abordés reflète une pensée globale de la prise en charge de l'obésité et une grande ambition concernant la recherche correspondante.

[725] Quelques années après ce bilan, certains des risques évoqués ci-dessus ne se sont pas matérialisés, la communauté scientifique française restant aux dires d'experts encore soudée et prolifique. Pour autant, le désengagement institutionnel, évoqué par l'étude du Pr Langin, semble être confirmé, l'Agence Nationale de la Recherche n'ayant pas retenu l'obésité dans ses priorités d'action. Selon les mêmes sources, il semblerait également que les équipes françaises

⁴¹⁷ <https://arp-probs.fr/>

de recherche sur l'obésité aient manqué le coche du programme cadre européen Horizon 2020 alors qu'il constituait une « réelle opportunité » et une « condition sine qua non » pour des ambitions européennes.

[726] Au total, malgré l'effort pour promouvoir la recherche sur l'obésité, il faut rester vigilant pour assurer à la fois une concentration suffisante et une bonne coordination des moyens qui y sont dédiés, en veillant notamment à mieux articuler les dimensions biomédicale et sciences humaines.

Piste de recommandations possibles

- Maintenir la recherche sur l'obésité pour mieux comprendre ses mécanismes physiopathologiques et décrire les différents types d'obésités existantes. Appuyer l'effort sur la recherche translationnelle pour accélérer la découverte de traitements médicaux de l'obésité, nécessaires pour combler les lacunes de la prise en charge médicale de l'obésité.
- Mettre en place des études évaluant l'efficacité clinique et médico-économique de nouveaux modes d'exercice de l'obésité ayant un impact sur l'organisation des soins, telles que la délégation de tâches et l'utilisation de la santé connectée pour le suivi des patients, pour permettre une meilleure organisation du suivi et du parcours de soins des personnes obèses
- Mettre en place un suivi (cohorte, registre) de la CB pour suivre les personnes opérées sur le long terme, mesurer la qualité et l'efficacité clinique et fonctionnelle, ainsi que pour évaluer la sécurité de la chirurgie bariatrique, notamment des nouvelles techniques comme la chirurgie de bypass en oméga, et contribuer à l'élan de recherche.

[727] La gouvernance du registre doit être composée de l'ensemble des parties prenantes concernée par l'amélioration de la prise en charge des personnes opérées : CNAMTS (financement du registre, maîtrise d'œuvre via structuration du système d'information et l'analyse des données à grande échelle, HAS (contrôle de la qualité du remplissage du registre), DGOS (performance des ES, à l'épisode ou au parcours de soins, permis par des indicateurs recueillis dans le registre), les sociétés savantes (retour sur les pratiques et labellisation du chirurgien/établissement sous condition du remplissage du registre) et les représentants d'usagers, pour permettre la plus grande prise en compte de la qualité de vie des patients.

3 ANNEXES

- Description des données de l'offre et de la demande de soins en chirurgie bariatrique sur 16 départements français (tb. 5)
- Projets de recherche en lien avec l'obésité retenus par la DGOS entre 2006 et 2016 (tb. 6)
- Pistes de réflexion proposées pour la recherche sur l'obésité lors de l'Atelier de Réflexion Prospective PROBS (ARP-PROBS) en 2013 (tb. 7)
- Bibliographie

Tableau 5 : Description des données de l'offre et de la demande de soins en chirurgie bariatrique sur 16 départements français

Département	Taux de prévalence de l'obésité (Constances 2016)	Taux de recours à la chirurgie bariatrique (2016)	Taux de mortalité de maladies de l'appareil circulatoire (2012)	Nombre d'habitants (2016)	Nombre de lits publics	Nombre de lits privés lucratifs	Nombre de lits privés non lucratifs	Revenu médian	Nombre de chirurgiens digestifs
Bouches-du-Rhône	17	0,99	208,9	2025355	1334	1225	471	19784,3	35
Charente	19,4	0,66	290,4	354243	79	222	0	19265,3	7
Côtes-d'Armor	17,4	0,72	325,1	598391	232	298	0	19844	15
Gard	18,3	1,11	230,6	746644	337	426	0	18419,5	11
Haute-Garonne	13,3	0,86	161	1355856	600	1051	66	21791,5	19
Gironde	13	0,73	221,5	1566842	1070	893	294	20800,5	27
Ille-et-Vilaine	13,7	0,5	219,7	1054236	487	394	122	20688,3	20
Indre-et-Loire	16,6	0,52	228	610247	437	325	0	20402,7	11
Loire-Atlantique	13,6	0,42	212,7	1378622	539	824	148	20796,7	17
Loiret	18,5	0,91	222,7	674984	288	400	0	20677,6	9
Meurthe-et-Moselle	22,9	0,72	210,4	730593	619	582	59	20206	14
Nord	25,6	1,06	209,3	2617319	1523	1257	218	18574,7	29
Pyrénées-Atlantiques	13,3	0,57	290,1	673788	332	490	0	20510	11
Rhône	12,3	0,97	164,7	1840803	1008	1022	489	21267,1	27
Paris	10,7	0,38	127	2199842	2414	1263	709	25981,3	55
Vienne	16,7	0,65	278,1	436108	368	197	0	19654	4

Tableau 6 : Projets de recherche en lien avec l'obésité retenus par la DGOS entre 2006 et 2016

Programme	Année	Etablissement promoteur	Investigateur	Titre
PHRC	2016	CHU LILLE	MATHURIN	Etude randomisée évaluant la chirurgie bariatrique comme traitement de la stéatohépatite non alcoolique sévère avec fibrose hépatique avancée chez le patient obèse non sévère
PHRC	2016	AP-HP	HANSEL	Efficacité de la Télénutrition (MXS-CARE+) dans la prise en charge des personnes obèses et/ou à risque cardiométabolique
PRME	2016	CHU GRENOBLE	PEPIN	Evaluation médico-économique d'une stratégie de dépistage du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) chez l'obèse via les laboratoires de biologie médicale et les médecins traitants : Evaluation cout-utilité
PHRIP	2016	CHU MONTPELLIER	GODEL	Impact de l'hypnose sur la perte de poids des patients en échec de chirurgie Bariatrique
PHRC	2015	CHU NICE	IANNELLI	Impact d'un traitement pré opératoire par acides gras polyinsaturés Omega-3 pendant 4 semaines sur la réduction du volume et de la stéatose hépatique afin de faciliter la chirurgie bariatrique chez les patients obèses morbides
PHRC	2014	CHRU LILLE	DERUELLE	Programme d'accompagnement personnalisé électronique pour une prise en charge de l'obésité au cours de la grossesse afin d'améliorer l'accouchement
PHRC	2014	CHU NICE	GUGENHEIM	Chirurgie bariatrique pour les patients insuffisants rénaux chroniques obèses
PRME	2014	CHU MONTPELLIER	AVIGNON	Evaluation médico-économique d'un programme de Gestion Personnalisée de la Santé (GPS-santé) à l'aide d'une solution « Web-Mobilité » pour la prise en charge de l'obésité compliquée en soins primaires
PHRC	2013	AP-HP	DUBERN	Caractérisation phénotypique et génotypique de sujets ayant une obésité syndromique : identification de nouveaux gènes candidats par séquençage de l'exome
PHRC	2013	CHU CLERMONT-FERRAND	SLIM	Etude prospective observationnelle sur la faisabilité d'un protocole de réhabilitation rapide après gastrectomie longitudinale pour obésité
PHRC	2013	CHU GRENOBLE	TAMISIER	Etude de l'électrostimulation neuromusculaire multi-site pour augmenter l'activité physique spontanée chez le patient porteur d'obésité sévère inactif : Essai randomisé contrôlé vs. placebo
PHRC	2013	APHM	BELIARD-LASSERRE	Effets des différentes techniques de chirurgie bariatrique sur le métabolisme des lipoparticules riches en tryglycérides (LRT) intestinales chez les patients obèses diabétiques de type 2.
PHRC	2013	CHU DE TOULOUSE	RITZ	Evaluation du bénéfice d'une perte de poids intense (obtenue par technique chirurgicale) sur les capacités fonctionnelles de personnes âgées obèses de plus de 60 ans bénéficiant d'un entraînement physique. Comparaison à une perte de poids modeste obtenue par restriction calorique.

RAPPORT IGAS N°2017-059R TOME II

PHRC	2013	AP-HP	BACHELOT	Evaluation de la pharmacocinétique des traitements contraceptifs hormonaux chez les femmes avant et après chirurgie bariatrique
PHRC	2013	AP-HP	POURCHER	Evaluation d'une technique de chirurgie bariatrique minimale invasive utilisant un trocart unique coelioscopique (une seule incision de 2,5 à 3 cm) au lieu de 4 à 7 trocarts dans la gastrectomie longitudinale ou sleeve gastrectomie.
PHRIP	2013	AP-HP	LEHERICEY	Etude de l'influence de l'hypnose éricksonienne et de la pratique de l'autohypnose sur l'impulsivité alimentaire et la perte de poids chez le patient obèse : projet pilote
PHRC	2012	HOSPICES CIVILES DE LYON	LAVILLE	VISFATIR : Rôle de la visfatine pendant la prise de poids. Identification d'une nouvelle cible thérapeutique des complications de l'obésité.
PHRC	2012	CHU NICE	FENICHEL	Relargage de polluants organiques lipophiles, perturbateurs endocriniens dans l'obésité morbide au cours de l'amaigrissement induit par la chirurgie bariatrique : Etude cinétique prospective et rôle délétère potentiel sur l'évolution du Syndrome Métabolique.
PHRC	2012	CHRU BREST	L'HER	Intérêt de l'automatisation de l'administration d'oxygène (dispositif FreeO2) dans la prévention des hypoxémies précoces (<ou= H3) et tardives (<ou= J3) en post-opératoire de chirurgie thoracique et bariatrique
PHRC	2012	AP-HP	ANDREELI	Disparition du diabète de type 2 après chirurgie bariatrique: importance de la restauration de la phase précoce de la sécrétion d'insuline. Etudes des mécanismes spécifiques en jeu et des facteurs prédictifs de réponse métabolique postopératoire
PHRC	2012	AP-HP	FOURNIER	Développement d'un critère de jugement évaluant la qualité de vie des patients pour l'évaluation thérapeutique en chirurgie bariatrique.
PHRC	2011	CHU NANCY	MARIE	Rôle du remodelage de la matrice cardiaque extra cellulaire dans les mécanismes de la transition de l'obésité vers l'Insuffisance Cardiaque : Etude prospective longitudinale R2C2 2
PHRC	2011	CHU LILLE	CAIAZZO	Évaluation de la fonction sexuelle chez des patients ayant une obésité morbide avant et après chirurgie bariatrique –Étude multicentrique, prospective, contrôlée
PHRC	2011	HU STRASBOURG	KESSLER	Dépistage du syndrome obésité-hypoventilation (SOH)
PHRC	2011	AP-HP- HOTEL-DIEU	CZERNICHOW	Bariasperme - Impact de la chirurgie bariatrique sur la qualité du sperme chez l'homme obèse en âge de procréer
PHRC	2011	AP-HP- HOTEL-DIEU	CZERNICHOW	Comparaison des rapports bénéfice/risque des techniques de chirurgie bariatrique : approche innovante par méta-analyse en réseau
PHRC	2010	HU STRASBOURG	BACON	Obésité infantile et développement dento-cranio-facial
PHRC	2010	CHRU LILLE	PATTOU	Évaluation comparative de la mortalité et du rapport coût efficacité du Gastric ByPass et du Traitement Médical Optimisé chez les patients obèses diabétiques- étude prospective, multicentrique, randomisée
PHRC	2010	AP-HP -PITIE-SALPETRIERE	CLEMENT	Adaptation du microbiote intestinal au cours de la chirurgie bariatrique : rôle de la restriction énergétique

RAPPORT IGAS N°2017-059R TOME II

PHRC	2009	CHU BORDEAUX	DELRUE	Caractérisation phénotypique et recherche de remaniements chromosomiques chez des patients présentant une obésité syndromique de cause non identifiée.
PHRC	2008	AP-HP -LOUIS MOURIER	VINCENEUX	ETUDE BASIK (BAiatric Surgery Improvement of Knee osteoarthritis) Impact de l'amaigrissement sur l'évolution clinique et radiologique de la gonarthrose fémoro-tibiale chez des sujets obèses bénéficiant d'une chirurgie de réduction pondérale
PHRC	2008	CHU BORDEAUX	GATTA	Essai multicentrique randomisé en double insu évaluant les bénéfices du traitement par rimonabant dans l'obésité hypothalamique de l'adulte secondaire au traitement du craniopharyngiome.
PHRC	2008	CHU ROUEN	FOLOPE	Projet OBEFITT : Etude interventionnelle, prospective, randomisée en double aveugle, évaluant l'effet d'un reconditionnement physique et d'une supplémentation nutritionnelle spécifique chez des sujets obèses atteints de syndrome métabolique en Haute-Normandie
PHRC	2007	AP-HP -NECKER - ENFANTS MALADES	PARAT	Prévention de l'obésité de l'enfant par un programme de prise en charge nutritionnelle des femmes obèses et en surpoids pendant la grossesse
PHRC	2006	AP-HP - AVICENNE	CATHELINE	Traitement chirurgical de l'obésité morbide par la gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) versus court-circuit gastrique (bypass gastrique) chez les patients à risque. Etude randomisée comparant les complications, l'efficacité et la qualité de vie

Tableau 7 : Pistes de réflexion proposées pour la recherche sur l'obésité lors de l'Atelier de Réflexion Prospective PROBS (ARP-PROBS) en 2013

Événements précoces et origines développementales	Complications de l'obésité	Prise en charge	Nouveaux marqueurs diagnostiques et cibles	Nouveaux phénotypes
<i>Déterminants génétiques et épigénétiques, biologiques, sociaux, psychologiques, physiques</i> <i>Origine de l'héritabilité manquante de la masse grasse et de sa répartition</i> <i>Déterminants biologiques du dimorphisme sexuel et de la répartition de la masse grasse</i> <i>Marqueurs de prédisposition ou de protection précoces</i> <i>Environnement chimique</i> <i>Comportement parental face au surpoids</i> <i>Education</i> <i>Stress</i> <i>Sommeil</i> <i>Génétique des populations et modèles alimentaires</i> <i>Rythmes biologiques</i>	<i>Conséquences du temps d'exposition à un excès de masse grasse</i> <i>Degré d'obésité et niveau de complications</i> <i>Biologie intégrative inter-fonctions : sensorialité/récompense/ métabolisme énergétique</i> <i>Biologie intégrative inter-organes par exemple tube digestif, système nerveux central, microbiote...</i> <i>Obésité et vieillissement</i> <i>« Obésité heureuse »</i> <i>Prédisposition à la précarité</i>	<i>Exercice physique</i> <i>Interventions nutritionnelles</i> <i>Chirurgie bariatrique</i> <i>Médicaments</i>	<i>Thérapeutiques</i> <i>Utilisation de nouvelles stratégies de production de données</i> <i>Prédicteur de réponses</i> <i>Stratégies de traitement des informations à haut débit</i> <i>Essais multicentriques interventionnels</i> <i>Pharmacologie</i> <i>Ressources biologiques</i>	<i>Phénotypes composites : intégration des dimensions clinicobiologiques, sensorielles, comportementales, sociales et environnementales</i> <i>Stratégies d'intégration des données multiples</i> <i>Obésités syndromiques</i> <i>Phénotypes extrêmes</i> <i>Phénotypes des populations migrantes</i>

Observation et analyse des comportements et contextes	Dynamiques et typologies	Interventions privées sur les comportements	Interventions publiques sur les comportements	Réflexion éthique, controverses
<i>Caractéristiques des individus : sensorielles (perception des goûts et des quantités), psychologiques (traits de personnalité), sociodémographiques (éducation et culture)</i> <i>Interactions sociales : environnement familial, interactions sociales proches (stigmatisation), normes et représentations (esthétique corporelle)</i> <i>Environnement et contexte : environnement physique, commercial, urbanisation ; pratiques domestiques (achats, stockage, préparation), prises alimentaires (organisation, rythme)</i> <i>Recueil automatique des données</i>	<i>Dynamiques : trajectoires sociales en fonction du statut pondéral (déclassement, évolution des inégalités de santé), trajectoires pondérales en fonction du statut social, de l'âge et de la génération (trajectoires sociales et scolaires chez l'enfant et l'adolescent, jeunes adultes, « étapes critiques » du cycle de vie), dynamique sociale des complications et des co-morbidités (trajectoires pré et post gastroplastie)</i> <i>Typologies : comportements alimentaires et activité physique, typologies des obésités</i>	<i>Activités privées marchandes : offre alimentaire (caractéristiques nutritionnelles des produits ; design des produits, packaging, publicité ; organisation des points de vente et de restauration), coaching (alimentation, activité physique, coaching numérique)</i> <i>Activités privées non marchandes : initiatives locales ; associations, fondations</i>	<i>Évaluation des coûts, des effets et des conséquences de l'épidémie d'obésité</i> <i>Évaluation ex-ante et ex-post des actions menées dans le cadre des politiques publiques : campagnes d'information, taxe nutritionnelle, aménagement urbain</i> <i>Méthodologie de l'évaluation : indicateurs, modélisation des impacts de long terme sur la santé ; coûts et bénéfices joints, coûts et bénéfices différés</i> <i>Effets non intentionnels : réaction stratégiques des acteurs, acceptabilité sociale et rejet des interventions normatives</i>	<i>Justification des interventions publiques normatives : autonomie, responsabilité individuelle et paternalisme « soft »</i> <i>Ethique des études d'intervention : développement des interventions participatives, prise en compte des attentes et des valeurs individuelles, respect de la vie privée</i> <i>Logiques d'intérêts : motivation des acteurs de la politique publique, relation recherche-industrie</i> <i>Gouvernance des interventions publiques</i> <i>Analyses des controverses : construction sociale de la question de l'obésité</i>

BIBLIOGRAPHIE

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet Lond Engl*. 2017 Oct 10;
2. Hall KD, Sacks G, Chandramohan D, Chow CC, Wang YC, Gortmaker SL, et al. Quantification of the effect of energy imbalance on bodyweight. *Lancet Lond Engl*. 2011 Aug 27;378(9793):826–37.
3. Sanghvi A, Redman LM, Martin CK, Ravussin E, Hall KD. Validation of an inexpensive and accurate mathematical method to measure long-term changes in free-living energy intake. *Am J Clin Nutr*. 2015 Aug;102(2):353–8.
4. Mozaffarian D, Hao T, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. *N Engl J Med*. 2011 Jun 23;364(25):2392–404.
5. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med*. 1999 Aug 5;341(6):427–34.
6. Sellayah D, Cagampang FR, Cox RD. On the evolutionary origins of obesity: a new hypothesis. *Endocrinology*. 2014 May;155(5):1573–88.
7. Ravussin E, Lillioja S, Anderson TE, Christin L, Bogardus C. Determinants of 24-hour energy expenditure in man. Methods and results using a respiratory chamber. *J Clin Invest*. 1986 Dec;78(6):1568–78.
8. Willett W, Lenart E. Reproducibility and validity of food frequency questionnaires. *Nutr Epidemiol*. 2013;96–141.
9. Anderson AS, Key TJ, Norat T, Scoccianti C, Cecchini M, Berrino F, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Obesity, body fatness and cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015 Dec 1;39(Supplement 1):S34–45.
10. van der Kooy K, Leenen R, Seidell JC, Deurenberg P, Droop A, Bakker CJ. Waist-hip ratio is a poor predictor of changes in visceral fat. *Am J Clin Nutr*. 1993 Mar;57(3):327–33.
11. Segal KR, Van Loan M, Fitzgerald PI, Hodgdon JA, Van Itallie TB. Lean body mass estimation by bioelectrical impedance analysis: a four-site cross-validation study. *Am J Clin Nutr*. 1988 Jan;47(1):7–14.
12. Willett K, Jiang R, Lenart E, Spiegelman D, Willett W. Comparison of bioelectrical impedance and BMI in predicting obesity-related medical conditions. *Obes Silver Spring Md*. 2006 Mar;14(3):480–90.
13. Sun Q, van Dam RM, Spiegelman D, Heymsfield SB, Willett WC, Hu FB. Comparison of dual-energy x-ray absorptiometric and anthropometric measures of adiposity in relation to adiposity-related biologic factors. *Am J Epidemiol*. 2010 Dec 15;172(12):1442–54.
14. Delahanty LM, Pan Q, Jablonski KA, Aroda VR, Watson KE, Bray GA, et al. Effects of weight loss, weight cycling, and weight loss maintenance on diabetes incidence and change in

cardiometabolic traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2014 Oct;37(10):2738–45.

15. Elks CE, den Hoed M, Zhao JH, Sharp SJ, Wareham NJ, Loos RJJ, et al. Variability in the heritability of body mass index: a systematic review and meta-regression. *Front Endocrinol*. 2012;3:29.
16. Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *N Engl J Med*. 1990 May 24;322(21):1483–7.
17. Bouchard C, Tremblay A, Després JP, Nadeau A, Lupien PJ, Thériault G, et al. The response to long-term overfeeding in identical twins. *N Engl J Med*. 1990 May 24;322(21):1477–82.
18. Bouchard C, Tremblay A, Després JP, Thériault G, Nadeau A, Lupien PJ, et al. The response to exercise with constant energy intake in identical twins. *Obes Res*. 1994 Sep;2(5):400–10.
19. Ahmad S, Varga TV, Franks PW. Gene × environment interactions in obesity: the state of the evidence. *Hum Hered*. 2013;75(2–4):106–15.
20. Frayling TM, Timpson NJ, Weedon MN, Zeggini E, Freathy RM, Lindgren CM, et al. A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity. *Science*. 2007 May 11;316(5826):889–94.
21. Scuteri A, Sanna S, Chen W-M, Uda M, Albai G, Strait J, et al. Genome-wide association scan shows genetic variants in the FTO gene are associated with obesity-related traits. *PLoS Genet*. 2007 Jul;3(7):e115.
22. Dina C, Meyre D, Gallina S, Durand E, Körner A, Jacobson P, et al. Variation in FTO contributes to childhood obesity and severe adult obesity. *Nat Genet*. 2007 Jun;39(6):724–6.
23. Andreasen CH, Stender-Petersen KL, Mogensen MS, Torekov SS, Wegner L, Andersen G, et al. Low physical activity accentuates the effect of the FTO rs9939609 polymorphism on body fat accumulation. *Diabetes*. 2008 Jan;57(1):95–101.
24. Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, et al. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia*. 2008 Dec;51(12):2214–23.
25. Rumpersaud E, Mitchell BD, Pollin TI, Fu M, Shen H, O'Connell JR, et al. Physical activity and the association of common FTO gene variants with body mass index and obesity. *Arch Intern Med*. 2008 Sep 8;168(16):1791–7.
26. Kilpeläinen TO, Qi L, Brage S, Sharp SJ, Sonestedt E, Demerath E, et al. Physical activity attenuates the influence of FTO variants on obesity risk: a meta-analysis of 218,166 adults and 19,268 children. *PLoS Med*. 2011 Nov;8(11):e1001116.
27. Bouchard C, Rankinen T. Individual differences in response to regular physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 2001 Jun;33(6 Suppl):S446–451; discussion S452–453.
28. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, et al. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*. 2015 Feb 12;518(7538):197–206.
29. van der Klaauw AA, Farooqi IS. The hunger genes: pathways to obesity. *Cell*. 2015 Mar 26;161(1):119–32.

30. Zhang C, Yin A, Li H, Wang R, Wu G, Shen J, et al. Dietary Modulation of Gut Microbiota Contributes to Alleviation of Both Genetic and Simple Obesity in Children. *EBioMedicine*. 2015 Jul 10;2(8):968–84.
31. Qin J, Li R, Raes J, Arumugam M, Burgdorf KS, Manichanh C, et al. A human gut microbial gene catalogue established by metagenomic sequencing. *Nature*. 2010 Mar 4;464(7285):59–65.
32. Human Microbiome Jumpstart Reference Strains Consortium, Nelson KE, Weinstock GM, Highlander SK, Worley KC, Creasy HH, et al. A catalog of reference genomes from the human microbiome. *Science*. 2010 May 21;328(5981):994–9.
33. van Nood E, Vrieze A, Nieuwdorp M, Fuentes S, Zoetendal EG, de Vos WM, et al. Duodenal infusion of donor feces for recurrent *Clostridium difficile*. *N Engl J Med*. 2013 Jan 31;368(5):407–15.
34. Dominguez-Bello MG, Blaser MJ, Ley RE, Knight R. Development of the human gastrointestinal microbiota and insights from high-throughput sequencing. *Gastroenterology*. 2011 May;140(6):1713–9.
35. Vangay P, Ward T, Gerber JS, Knights D. Antibiotics, pediatric dysbiosis, and disease. *Cell Host Microbe*. 2015 May 13;17(5):553–64.
36. Lepage P, Leclerc MC, Joossens M, Mondot S, Blottière HM, Raes J, et al. A metagenomic insight into our gut's microbiome. *Gut*. 2013 Jan;62(1):146–58.
37. Blottière HM, de Vos WM, Ehrlich SD, Doré J. Human intestinal metagenomics: state of the art and future. *Curr Opin Microbiol*. 2013 Jun;16(3):232–9.
38. Bäckhed F, Ding H, Wang T, Hooper LV, Koh GY, Nagy A, et al. The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 Nov 2;101(44):15718–23.
39. Turnbaugh PJ, Ley RE, Mahowald MA, Magrini V, Mardis ER, Gordon JI. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. *Nature*. 2006 Dec 21;444(7122):1027–131.
40. Ley RE, Bäckhed F, Turnbaugh P, Lozupone CA, Knight RD, Gordon JI. Obesity alters gut microbial ecology. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2005 Aug 2;102(31):11070–5.
41. Ley RE, Turnbaugh PJ, Klein S, Gordon JI. Microbial ecology: human gut microbes associated with obesity. *Nature*. 2006 Dec 21;444(7122):1022–3.
42. Sokol H, Pigneur B, Watterlot L, Lakhdari O, Bermúdez-Humarán LG, Gratadoux J-J, et al. *Faecalibacterium prausnitzii* is an anti-inflammatory commensal bacterium identified by gut microbiota analysis of Crohn disease patients. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2008 Oct 28;105(43):16731–6.
43. Dao MC, Everard A, Aron-Wisnewsky J, Sokolovska N, Prifti E, Verger EO, et al. *Akkermansia muciniphila* and improved metabolic health during a dietary intervention in obesity: relationship with gut microbiome richness and ecology. *Gut*. 2016 Mar;65(3):426–36.
44. Le Chatelier E, Nielsen T, Qin J, Prifti E, Hildebrand F, Falony G, et al. Richness of human gut microbiome correlates with metabolic markers. *Nature*. 2013 Aug 29;500(7464):541–6.

45. Kong LC, Holmes BA, Cotillard A, Habi-Rachedi F, Brazeilles R, Gougis S, et al. Dietary patterns differently associate with inflammation and gut microbiota in overweight and obese subjects. *PloS One*. 2014;9(10):e109434.
46. Tremaroli V, Bäckhed F. Functional interactions between the gut microbiota and host metabolism. *Nature*. 2012 Sep 13;489(7415):242–9.
47. Turnbaugh PJ, Hamady M, Yatsunenko T, Cantarel BL, Duncan A, Ley RE, et al. A core gut microbiome in obese and lean twins. *Nature*. 2009 Jan 22;457(7228):480–4.
48. Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan PAG, Stevens GA, Ezzati PM, et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. 2015 Jan;16(1):36–46.
49. Hanahan D, Weinberg RA. The hallmarks of cancer. *Cell*. 2000 Jan 7;100(1):57–70.
50. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer: the next generation. *Cell*. 2011 Mar 4;144(5):646–74.
51. Hursting SD, Berger NA. Energy Balance, Host-Related Factors, and Cancer Progression. *J Clin Oncol*. 2010 Sep 10;28(26):4058–65.
52. Bonomini F, Rodella LF, Rezzani R. Metabolic Syndrome, Aging and Involvement of Oxidative Stress. *Aging Dis*. 2015 Mar 10;6(2):109–20.
53. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet Lond Engl*. 2008 Feb 16;371(9612):569–78.
54. Calle EE, Rodriguez C, Walker-Thurmond K, Thun MJ. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 2003 Apr 24;348(17):1625–38.
55. Goodwin PJ, Ennis M, Pritchard KI, Trudeau ME, Koo J, Madarnas Y, et al. Fasting insulin and outcome in early-stage breast cancer: results of a prospective cohort study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2002 Jan 1;20(1):42–51.
56. Pritchard KI, Shepherd LE, Chapman J-AW, Norris BD, Cantin J, Goss PE, et al. Randomized trial of tamoxifen versus combined tamoxifen and octreotide LAR Therapy in the adjuvant treatment of early-stage breast cancer in postmenopausal women: NCIC CTG MA.14. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2011 Oct 10;29(29):3869–76.
57. Duggan C, Irwin ML, Xiao L, Henderson KD, Smith AW, Baumgartner RN, et al. Associations of insulin resistance and adiponectin with mortality in women with breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2011 Jan 1;29(1):32–9.
58. Yun SJ, Min B-D, Kang H-W, Shin K-S, Kim T-H, Kim W-T, et al. Elevated insulin and insulin resistance are associated with the advanced pathological stage of prostate cancer in Korean population. *J Korean Med Sci*. 2012 Sep;27(9):1079–84.
59. Wolpin BM, Meyerhardt JA, Chan AT, Ng K, Chan JA, Wu K, et al. Insulin, the insulin-like growth factor axis, and mortality in patients with nonmetastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2009 Jan 10;27(2):176–85.

60. Dankner R, Shanik MH, Keinan-Boker L, Cohen C, Chetrit A. Effect of elevated basal insulin on cancer incidence and mortality in cancer incident patients: the Israel GOH 29-year follow-up study. *Diabetes Care*. 2012 Jul;35(7):1538–43.
61. Rao Kondapally Seshasai S, Kaptoge S, Thompson A, Di Angelantonio E, Gao P, Sarwar N, et al. Diabetes mellitus, fasting glucose, and risk of cause-specific death. *N Engl J Med*. 2011 Mar 3;364(9):829–41.
62. Hirakawa Y, Ninomiya T, Mukai N, Doi Y, Hata J, Fukuhara M, et al. Association between glucose tolerance level and cancer death in a general Japanese population: the Hisayama Study. *Am J Epidemiol*. 2012 Nov 15;176(10):856–64.
63. Vansaun MN. Molecular pathways: adiponectin and leptin signaling in cancer. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*. 2013 Apr 15;19(8):1926–32.
64. Dallal CM, Brinton LA, Bauer DC, Buist DSM, Cauley JA, Hue TF, et al. Obesity-related hormones and endometrial cancer among postmenopausal women: a nested case-control study within the B~FIT cohort. *Endocr Relat Cancer*. 2013 Feb;20(1):151–60.
65. Gross AL, Newschaffer CJ, Hoffman-Bolton J, Rifai N, Visvanathan K. Adipocytokines, inflammation, and breast cancer risk in postmenopausal women: a prospective study. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2013 Jul;22(7):1319–24.
66. Luhn P, Dallal CM, Weiss JM, Black A, Huang W-Y, Lacey JV, et al. Circulating adipokine levels and endometrial cancer risk in the prostate, lung, colorectal, and ovarian cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2013 Jul;22(7):1304–12.
67. Li H, Stampfer MJ, Mucci L, Rifai N, Qiu W, Kurth T, et al. A 25-year prospective study of plasma adiponectin and leptin concentrations and prostate cancer risk and survival. *Clin Chem*. 2010 Jan;56(1):34–43.
68. Lasikiewicz N, Myrissa K, Hoyland A, Lawton CL. Psychological benefits of weight loss following behavioural and/or dietary weight loss interventions. A systematic research review. *Appetite*. 2014 Jan 1;72(Supplement C):123–37.
69. Anastasiou CA, Karfopoulou E, Yannakoulia M. Weight regaining: From statistics and behaviors to physiology and metabolism. *Metabolism*. 2015 Nov;64(11):1395–407.
70. Thomas DM, Bouchard C, Church T, Slentz C, Kraus WE, Redman LM, et al. Why do individuals not lose more weight from an exercise intervention at a defined dose? An energy balance analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2012 Oct;13(10):835–47.
71. Pontzer H. Constrained Total Energy Expenditure and the Evolutionary Biology of Energy Balance. *Exerc Sport Sci Rev*. 2015 Jul;43(3):110–6.
72. Melanson EL, Keadle SK, Donnelly JE, Braun B, King NA. Resistance to exercise-induced weight loss: compensatory behavioral adaptations. *Med Sci Sports Exerc*. 2013 Aug;45(8):1600–9.
73. Franz MJ, VanWormer JJ, Crain AL, Boucher JL, Histon T, Caplan W, et al. Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc*. 2007 Oct;107(10):1755–67.

74. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: a meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr.* 2001 Nov;74(5):579–84.
75. Colman E. Food and Drug Administration's Obesity Drug Guidance Document: a short history. *Circulation.* 2012 May 1;125(17):2156–64.
76. Blundell J, Finlayson G, Axelsen M, Flint A, Gibbons C, Kvist T, et al. Effects of once-weekly semaglutide on appetite, energy intake, control of eating, food preference and body weight in subjects with obesity. *Diabetes Obes Metab.* 2017 Sep;19(9):1242–51.
77. Colquitt JL, Pickett K, Loveman E, Frampton GK. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Aug 8;(8):CD003641.
78. Warren JA, Ewing JA, Hale AL, Blackhurst DW, Bour ES, Scott JD. Cost-effectiveness of Bariatric Surgery: Increasing the Economic Viability of the Most Effective Treatment for Type II Diabetes Mellitus. *Am Surg.* 2015 Aug;81(8):807–11.
79. Courcoulas AP, Yanovski SZ, Bonds D, Eggerman TL, Horlick M, Staten MA, et al. Long-term outcomes of bariatric surgery: a National Institutes of Health symposium. *JAMA Surg.* 2014 Dec;149(12):1323–9.
80. Sharples AJ, Cheruvu CVN. Systematic Review and Meta-Analysis of Occupational Outcomes after Bariatric Surgery. *Obes Surg.* 2017 Mar;27(3):774–81.
81. Keating C, Neovius M, Sjöholm K, Peltonen M, Narbro K, Eriksson JK, et al. Health-care costs over 15 years after bariatric surgery for patients with different baseline glucose status: results from the Swedish Obese Subjects study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Nov;3(11):855–65.
82. Morino M, Toppino M, Forestieri P, Angrisani L, Allaix ME, Scopinaro N. Mortality after bariatric surgery: analysis of 13,871 morbidly obese patients from a national registry. *Ann Surg.* 2007 Dec;246(6):1002-1007; discussion 1007-1009.
83. Sharma AM, Kushner RF. A proposed clinical staging system for obesity. *Int J Obes* 2005. 2009 Mar;33(3):289–95.
84. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X, et al. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. *Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab.* 2011 Aug;36(4):570–6.
85. Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2011 Oct 4;183(14):E1059-1066.
86. Chiappetta S, Stier C, Squillante S, Theodoridou S, Weiner RA. The importance of the Edmonton Obesity Staging System in predicting postoperative outcome and 30-day mortality after metabolic surgery. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2016 Dec;12(10):1847–55.
87. De Lorenzo A, Soldati L, Sarlo F, Calvani M, Di Lorenzo N, Di Renzo L. New obesity classification criteria as a tool for bariatric surgery indication. *World J Gastroenterol.* 2016 Jan 14;22(2):681–703.

88. Caleyachetty R, Thomas GN, Toulis KA, Mohammed N, Gokhale KM, Balachandran K, et al. Metabolically Healthy Obese and Incident Cardiovascular Disease Events Among 3.5 Million Men and Women. *J Am Coll Cardiol*. 2017 Sep 19;70(12):1429–37.
89. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World J Surg*. 2016 Sep;40(9):2065–83.
90. Zeitlin J, Mohangoo AD, Delnorn M, Alexander S, Blondel B, Bouvier-Colle MH, et al. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. *Euro Peristat*; 2013.
91. Baci Y, Üstüner I, Keskin HL, Ersoy R, Avşar AF. Effect of maternal obesity and weight gain on gestational diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol*. 2013 Feb 1;29(2):133–6.
92. Ovesen P, Rasmussen S, Kesmodel U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2011 Aug;118(2 Pt 1):305–12.
93. Rasmussen SA, Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Lau J. Maternal obesity and risk of neural tube defects: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Jun;198(6):611–9.
94. Stothard KJ, Tennant PWG, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009 Feb 11;301(6):636–50.
95. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2007 Sep;8(5):385–94.
96. Kuhle S, Tong OS, Woolcott CG. Association between caesarean section and childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2015 Apr;16(4):295–303.
97. Martinez KA, Devlin JC, Lacher CR, Yin Y, Cai Y, Wang J, et al. Increased weight gain by C-section: Functional significance of the primordial microbiome. *Sci Adv*. 2017 Oct;3(10):eaao1874.
98. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2015 Aug;16(8):621–38.
99. Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Weisman CS, Chuang CH, Parrott R, et al. Improving women's preconceptional health: findings from a randomized trial of the Strong Healthy Women intervention in the Central Pennsylvania women's health study. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2008 Dec;18(6 Suppl):S87-96.
100. Weisman CS, Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Chuang CH, Botti JJ, et al. Improving women's preconceptional health: long-term effects of the Strong Healthy Women behavior change intervention in the central Pennsylvania Women's Health Study. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health*. 2011 Aug;21(4):265–71.
101. Poston L, Patel N. Dietary recommendations for obese pregnant women: current questions and controversies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014 Nov;93(11):1081–4.

102. Rasmussen KM, Lee VE, Ledkovsky TB, Kjolhede CL. A description of lactation counseling practices that are used with obese mothers. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2006 Aug;22(3):322–7.
103. Mok E, Multon C, Piguel L, Barroso E, Goua V, Christin P, et al. Decreased full breastfeeding, altered practices, perceptions, and infant weight change of pre-pregnant obese women: a need for extra support. *Pediatrics.* 2008 May;121(5):e1319-1324.
104. Johansson K, Cnattingius S, Näslund I, Roos N, Trolle Lagerros Y, Granath F, et al. Outcomes of pregnancy after bariatric surgery. *N Engl J Med.* 2015 Feb 26;372(9):814–24.
105. Quynh Pham T, Pigeyre M, Caiazzo R, Verkindt H, Deruelle P, Pattou F. Does pregnancy influence long-term results of bariatric surgery? *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2015 Oct;11(5):1134–9.
106. Or Z, Verboux D. 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.
107. Matta J, Zins M, Feral-Pierssens AL, Carette C, Ozguler A, Goldberg M, et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;35:640–6.
108. Fysekidis M, Catheline JM, Kouacou N, Bihan H, Cohen R. Socioeconomic deprivation remains a significant barrier in the choice of bariatric surgery even when full medical expense coverage is present. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2016 Aug;12(7):1403–9.
109. Korda RJ, Joshy G, Jorm LR, Butler JR, Banks E. Inequalities in bariatric surgery in Australia: findings from 49 364 obese participants in a prospective cohort study. *Med J Aust.* 2012 Dec 10;197(11):631–6.
110. Wallace AE, Young-Xu Y, Hartley D, Weeks WB. Racial, socioeconomic, and rural-urban disparities in obesity-related bariatric surgery. *Obes Surg.* 2010 Oct;20(10):1354–60.
111. Birkmeyer NJO, Gu N. Race, socioeconomic status, and the use of bariatric surgery in Michigan. *Obes Surg.* 2012 Feb;22(2):259–65.
112. Martin M, Beekley A, Kjorstad R, Sebesta J. Socioeconomic disparities in eligibility and access to bariatric surgery: a national population-based analysis. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg.* 2010 Feb;6(1):8–15.
113. Hennings DL, Baimas-George M, Al-Quarayshi Z, Moore R, Kandil E, DuCoin CG. The Inequity of Bariatric Surgery: Publicly Insured Patients Undergo Lower Rates of Bariatric Surgery with Worse Outcomes. *Obes Surg.* 2017 Jun 30;
114. Padwal RS, Chang H-J, Klarenbach S, Sharma AM, Majumdar SR. Characteristics of the population eligible for and receiving publicly funded bariatric surgery in Canada. *Int J Equity Health.* 2012 Sep 18;11:54.
115. Memarian E, Calling S, Sundquist K, Sundquist J, Li X. Sociodemographic Differences and Time Trends of Bariatric Surgery in Sweden 1990–2010. *Obes Surg.* 2014 Dec 1;24(12):2109–16.

116. Bhanderi S, Alam M, Matthews JH, Rudge G, Noble H, Mahon D, et al. Influence of social deprivation on provision of bariatric surgery: 10-year comparative ecological study between two UK specialist centres. *BMJ Open*. 2017 Oct 12;7(10):e015453.
117. Doumouras AG, Saleh F, Sharma AM, Anvari S, Gmora S, Anvari M, et al. Geographic and socioeconomic factors affecting delivery of bariatric surgery across high- and low-utilization healthcare systems. *Br J Surg*. 2017 Jun;104(7):891–7.
118. Chang S-H, Stoll CRT, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surg*. 2014 Mar;149(3):275–87.
119. Bruzzi M, Chevallier J-M, Czernichow S. One-Anastomosis Gastric Bypass: Why Biliary Reflux Remains Controversial? *Obes Surg*. 2017 Feb;27(2):545–7.
120. Groven KS, Råheim M, Engelsrud G. “My quality of life is worse compared to my earlier life”: Living with chronic problems after weight loss surgery. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2010 Nov 18;5(4).
121. Groven KS, Råheim M, Engelsrud G. Dis-appearance and dys-appearance anew: living with excess skin and intestinal changes following weight loss surgery. *Med Health Care Philos*. 2013 Aug;16(3):507–23.
122. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. A review of psychosocial outcomes of surgery for morbid obesity. *J Psychosom Res*. 2002 Mar;52(3):155–65.
123. Bocchieri LE, Meana M, Fisher BL. Perceived psychosocial outcomes of gastric bypass surgery: a qualitative study. *Obes Surg*. 2002 Dec;12(6):781–8.
124. Coulman KD, Abdelrahman T, Owen-Smith A, Andrews RC, Welbourn R, Blazeby JM. Patient-reported outcomes in bariatric surgery: a systematic review of standards of reporting. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2013 Sep;14(9):707–20.
125. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2001 Aug;2(3):173–82.
126. Duval K, Marceau P, Pérusse L, Lacasse Y. An overview of obesity-specific quality of life questionnaires. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2006 Nov;7(4):347–60.
127. Forhan M, Vrkljan B, MacDermid J. A systematic review of the quality of psychometric evidence supporting the use of an obesity-specific quality of life measure for use with persons who have class III obesity. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2010 Mar;11(3):222–8.
128. Wadden TA, Phelan S. Assessment of quality of life in obese individuals. *Obes Res*. 2002 Nov;10 Suppl 1:50S–57S.
129. Weiner S, Sauerland S, Fein M, Blanco R, Pomhoff I, Weiner RA. The Bariatric Quality of Life index: a measure of well-being in obesity surgery patients. *Obes Surg*. 2005 Apr;15(4):538–45.
130. Coulman KD, Hopkins J, Brookes ST, Chalmers K, Main B, Owen-Smith A, et al. A Core Outcome Set for the Benefits and Adverse Events of Bariatric and Metabolic Surgery: The BARIACT Project. *PLoS Med*. 2016 Nov;13(11):e1002187.

131. Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A, Oerline M, Carlin AM, Nunn AR, et al. Surgical skill and complication rates after bariatric surgery. *N Engl J Med*. 2013 Oct 10;369(15):1434–42.
132. Ibrahim AM, Ghaferi AA, Thumma JR, Dimick JB. Variation in Outcomes at Bariatric Surgery Centers of Excellence. *JAMA Surg*. 2017 Apr 26;
133. Hedenbro JL, Näslund E, Boman L, Lundegårdh G, Bylund A et al. Formation of the Scandinavian Obesity Surgery Registry, SOReg. *Obes Surg*. 2015 Oct;25(10):1893–900.
134. Welbourn R, Small P, Hewin D, Reddy M, Somers S, Sedman P. National Bariatric Surgery Register Second Registry Report. Henley--Thames UK Dendrite Clin Syst Ltd. 2014;
135. Welbourn R, Fiennes A, Kinsman R, Walton P. The National Bariatric Surgery Registry: First Registry Report to March 2010. Henley Thames UK Dendrite Clin Syst Ltd. 2010;
136. Hopkins J, Welbourn R. The importance of national registries/databases in metabolic surgery: the UK experience. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2016 Jul;12(6):1178–85.
137. DeMaria EJ, Portenier D, Wolfe L. Obesity surgery mortality risk score: proposal for a clinically useful score to predict mortality risk in patients undergoing gastric bypass. *Surg Obes Relat Dis Off J Am Soc Bariatr Surg*. 2007 Apr;3(2):134–40.
138. Coulman KD, Howes N, Hopkins J, Whale K, Chalmers K, Brookes S, et al. A Comparison of Health Professionals' and Patients' Views of the Importance of Outcomes of Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2016 Nov;26(11):2738–46.
139. Hopkins JC, Howes N, Chalmers K, Savovic J, Whale K et al. Outcome reporting in bariatric surgery: an in-depth analysis to inform the development of a core outcome set, the BARIACT Study. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes*. 2015 Jan;16(1):88–106.
140. Aron-Wisnewskey J, Sokolovska N, Liu Y, Comaneshter DS, Vinker S, Pecht T, et al. The advanced-DiaRem score improves prediction of diabetes remission 1 year post-Roux-en-Y gastric bypass. *Diabetologia*. 2017 Jul 21;
141. Bel Lassen P, Charlotte F, Liu Y, Bedossa P, Le Naour G, Tordjman J, et al. The FAT Score, a Fibrosis Score of Adipose Tissue: Predicting Weight-Loss Outcome After Gastric Bypass. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Jul 1;102(7):2443–53.
142. Bétry C, Disse E, Chambrier C, Barnoud D, Gelas P et al. Need for Intensive Nutrition Care After Bariatric Surgery. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017 Feb;41(2):258–62.
143. Mastino D, Robert M, Betry C, Laville M, Gouillat C, Disse E. Bariatric Surgery Outcomes in Sarcopenic Obesity. *Obes Surg*. 2016 Oct;26(10):2355–62.
144. Bolton J, Montastier E, Carayol J, Bonnel S, Mir L, Marques M-A, et al. Molecular Biomarkers for Weight Control in Obese Individuals Subjected to a Multiphase Dietary Intervention. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017 Aug 1;102(8):2751–61.
145. Langin D, Combris P, Saussède J. Obésités: de la structuration nationale à la stratégie européenne. *Obésité*. 2013;8(4):263–280.

ANNEXE 7

SYNTHESE DES REPONSES DES ARS ET QUESTIONNAIRE SUPPORT

Cette annexe présente successivement une synthèse des réponses reçues, établie par la mission (p. 1 à 5), puis le questionnaire adressé aux ARS (p. 6 à 12).

ELEMENTS A RETENIR DES REPONSES DES ARS AU QUESTIONNAIRE -

1. Taux de participation

Toutes les régions ont répondu au questionnaire. Taux de participation = 100 % soit 17/17

2. Données sur la prévalence de la prévalence de l'obésité (N = 13 / 17)

2.1. Dates données entre 2012 et 2014, essentiellement sur 2012 (6), 1 en 2009, 2 en 2013, 1 en 2016 (Constances), 1 en 2017 (enquête ORS)

- En France métropolitaine, prévalence max dans la Nord (20 % en 2017 vs 22 % en 2012, mais sources différentes) et IDF 14,4 % ... Bretagne, plus faible pourcentage (12 %)
- Prévalences très supérieures dans les DOM : Guyane (34 %), Martinique (28 %)
- Décomposition IMC pour Guyane (I = 16 %, II = 16 %, III = 2 %) et IDF (I = 9 %, II = 4 %, III = 1 %)

2.2. Estimations antérieures

- En augmentation = PACA, Bourgogne, Pays de Loire, Occitanie, Normandie, IDF, Centre
- Stable = Guadeloupe

2.3. / 2.4 Traitement du thème dans PRS

- Dans les PRS actuels, toutes les ARS traitent de l'obésité à la rubrique prévention primaire, (sauf la Corse où le sujet est abordé aussi sous l'angle de la prise en charge méd/chir) ...
- Dans les prochains PRS, l'obésité sera traitée presque partout (sauf ARS Centre), sous l'angle exclusif prévention primaire

A part en Corse, toutes les actions du PNNS et PO font l'objet d'un suivi particulier (ex de suivi : Copil pour PO, bilan annuel obésité sur données PMSI, En Nouvelle Aquitaine : programme d'inspection contrôle chirurgie bariatrique, suivi IMC des enfants)

3. **Recommandations HAS**

Intérêt global des recommandations HAS pour les ARS (n=16) : beaucoup pour 11 ARS, un peu pour 5

	Connaissance	Claires et adaptées	Effectivement utiles
Recos 2009	100 %	62.5 %	37.5 %
Recos 2011	93 %	-	-
Recos 2016	82 %	64 %	23.5 %

4. **Réseaux, filières, parcours**

4.1. Réseaux obésité

- Présent dans 10 ARS (58 %), en moyenne 2,4 réseaux par ARS, allant de 1 à 7 (Grand-Est) mais aucun réseau dans les DOM
- Analyse du premier réseau obésité cité :
 - o File active variant de 150 à 2000 personnes, mais en moyenne autour de 200-300
 - o Surtout pédiatrie (RéPPOP cité 5 fois)
 - o Missions : coordination, formation, prise en charge et parfois ETP
 - o Financement ARS 2016 : de 107 000 euros à 630 000 euros (IDF), en moyenne 340 000 euros par ARS (idem moyenne en 2012 mais moins de réponses)
- Autres réseaux en lien avec obésité
 - o Fréquent : concerne 75 % des répondants (12/16)
 - o Réseaux Diabète, Maladies Chroniques, HTA, périnatalité (dans 1 ARS)

4.2. Filières obésité

- Evoquées dans 59 % des ARS (10/17), avec en moyenne 3,5 filières/ARS (1-7). Absentes notamment en Guyane et Martinique
- Organisateur de la filière : CSO sinon CHU
- Actions filières : transport bariatrique, articulation, préparation et coordination CB

4.3. Parcours obésité

- Cité dans 4 ARS (Bretagne : les 2 CHU, la Nouvelle Aquitaine : grand territoire hétérogène, Nord Pas de Calais : existant régional utilisé pour sa mise en place)

5. **CSO et CIO dans votre région**

- Cité par 15 ARS (incluant 2 CIO), absent en Guyane et en Corse (volonté de mise en place CSO) ; essentiellement créés en 2012
- Financement 2016 : 70 000 euros évoqués par 10 ARS, provenant tous du FIR, avec, en plus, pour 6 ARS, un financement MIG (MIG QO) de 28 000€ dédié transports

6. **Interventions de CB**

6.1. Interventions en CB : utilisation des données ATIH

6.2. SSR

- En moyenne 91 SSR par ARS (n=15)
- Les SSR obésité représentent en moyenne 8 % des SSR, il y en aurait en moyenne 7 par ARS (n=15) de 0 SSR Guyane à 19 dans les HDF
- L'offre en SSR obésité est jugée inadéquate dans 70 % des ARS (n=13)

7. Conditions de prise en charge de la chirurgie bariatrique

7.1. Effets possibles

Les 14 ARS qui ont répondu à cette question sur « *les conditions de prise en charge financière / remboursement et la tarification des actes liés à la prise en charge de l'obésité et à la CB* » indiquent toutes qu'elles sont susceptibles de :

- Inciter les personnes éligibles à se faire opérer
- Inciter les professionnels à prescrire
- Inciter une technique par rapport à l'autre

7.2. Commentaires au sujet des financements (réponses des 11 ARS)

- Favorable à un financement forfaitaire, « au parcours » (amont/acte/aval), permettant une prise en charge du suivi, un remboursement de l'intervention des diététiciens en raison des problèmes de précarité
- Nécessité de mieux encadrer, respect bonnes pratiques, pertinence des actes

8. Régulation

8.1. Relations entre ARS et Assurance Maladie

- La chirurgie bariatrique dans PRGDR (6 ARS)
- L'AM participe à groupe de travail pertinence (PAPRAPS = 5/17), réunions ponctuelles, réunion de travail parcours patient
- *Au total* : Points réguliers de coordination et information dans toutes les régions

8.2. Implication des établissements de santé (ES) dans la campagne « indicateurs d'amélioration de qualité et de sécurité des soins » (IPAQSS)

- Jouent le jeu pour 75 % des ARS (n=15)
- 53 % des ARS disent que des ES ont été ciblés dans leur région en 2016 (n=17), à la fréquence de 4 ES par ARS en moyenne (de 1 à 8 ES),
- Sur les 789 demandes de PEC (8 ARS, 158 / ES en moyenne), il y aurait eu 171 refus de prise en charge, soit un taux de refus = 22 % (NOTA : 48 % en IDF)

8.3. Avis principaux sur la MSAP

- Le MSAP révèlent la justesse des doutes sur le respect des recommandations (ex : Nouvelle Aquitaine : « *beaucoup d'actes ne respectent pas les recos* »)
- Un mécanisme lourd qui pourrait être utilisé de façon plus vigoureuse

8.4. Autres leviers de l'ARS pour réguler CB

- PAPRAPS : cité 2 fois, CAQES : 3 fois, Convention CSO : 2 fois
- Commentaires leviers : Problème d'adéquation des référentiels pour certaines indications (stéato-hépatite non-alcoolique), Elargir le contrôle pour se rapprocher de l'exhaustivité, faire un revue conjointe des MSAP
- Par ailleurs, les problèmes de transports bariatriques (cités 3 ARS)

9. Accessibilité CB et prise en charge médicale de l'obésité

9.1. Difficulté accès CB (n=16)

- Pas de difficulté dans toutes les ARS (sauf Guadeloupe, Guyane ... et Nouvelle Aquitaine)

9.2. Commentaires difficultés

- Guadeloupe : les CB se font en métropole, mais tendance plus générale à la fuite chirurgicale
- Les problèmes d'accessibilité financière sont cités par 2 ARS
- NOTA : le problème du manque de professionnels de santé formés à la prise en charge de l'obésité est cité par 2 ARS

9.3. Offre de la région

- L'offre en CB est jugée suffisante pour 14 ARS et bien répartie pour 7
- Les soins obésité sont jugés suffisants par 9 ARS

9.4. Commentaires

- Délais longs pour consultations hospitalières
- Pas assez de professionnels de santé, médecins peu impliqués
- Médecins généralistes en difficulté pour la prise en charge
- L'offre médicale insuffisante peut pousser à la chirurgie
- Le problème n'est pas l'acte de CB mais ce qui précède et ce qui suit
- Financement lié au transport, Surcoût transport non adapté
- Manque de parcours, notamment chez populations vulnérables

10. Infos disponibles sur la CB

10.1. Infos disponibles et destinées aux professionnels de santé

- Infos assez peu connues et utilisées (Très bien : 1, Moy : 4, Très peu : 5, Pas du tout : 1, 5 NSP)
- Infos moyennement claires et adaptés (Très bien : 3, Moyen : 8, Peu/ pas de tout : 2, NSP : 3)
- Commentaires : Manque de synthèse et d'opérationnalité pour les Médecins généralistes. Les recommandations pourraient s'intéresser plus aux 18-29 ans car demande en hausse

10.2. Infos disponibles et destinées aux paramédicaux

- Infos peu connues et utilisées (Très bien : 1, Moyen : 3, Très peu : 7)
- Infos moyennement claires et adaptés (Très bien : 1, Moyen : 7, Très peu : 3)
- Commentaires : Les formations initiales devraient aborder cette thématique

10.3. Infos à destination des personnes obèses

- Infos assez peu connues et peu adaptées (1/6 connu, 3/6 : claire et compréhensible 1/6 adéquate Pas d'avis : 6, NSP : 5)
- Commentaires : Peu d'infos pour patients obèses, pas de visibilité, manque d'info sur l'aval et son importance, sous-utilisation des infos, difficultés infos écrites pour personnes précaires / publics cibles (concepts). Danger d'info qui présentent parfois la chirurgie bariatrique comme une solution simple et sans effort

11. Organisation interne ARS

- (à la lecture des réponses) : Faible priorisation, sauf dans 2 ARS
- *Par ailleurs*, un correspondant PNNS/PO dans moins de la moitié des ARS

12. Préconisations (question ouverte)

- Plus grande visibilité nécessaire avec une communication sur les conditions de réussite de la chirurgie bariatarique (et réciproquement les risques d'échec et les impacts à long terme)
- développer les prises en charge précoces (jeunes)

QUESTIONNAIRE AUX ARS – MISSION CHIRURGIE BARIATRIQUE

Le présent questionnaire, établi par la mission IGAS mandatée pour dresser un état des lieux et faire des propositions en matière de chirurgie bariatrique (lettre de mission jointe), porte notamment sur l'amont et l'aval de la chirurgie bariatrique (CB), la politique de l'ARS, les recommandations et bonnes pratiques (HAS, sociétés savantes... adultes / enfants).

Le renseignement de ce questionnaire peut être commencé puis interrompu et repris sans dommage

Des demandes d'informations complémentaires sur l'organisation interne de l'ARS ainsi que les recherches et études figurent à la fin de ce questionnaire ; ces informations sont à adresser à la mission par envoi séparé (sous forme de pièces jointes et/ou de lien ... et/ou par envoi poste).

Nous avons cherché à éviter les répétitions avec les renseignements que vous fournissez par ailleurs mais certaines étaient inévitables pour pouvoir automatiser le traitement de vos réponses ; merci de votre compréhension. Les résultats de l'exploitation de cette enquête seront publiés, après anonymisation si besoin, en annexe au rapport d'inspection générale.

Date de réponse souhaitée : 5 juillet 2017 (réfèrent en cas de besoin : Dr EMMANUELLI 06.84.35.87.72 ; julien.emmanuelli@igas.gouv.fr)

1- Identification ARS

ARS de	
Nom et fonction du contact / réfèrent pour ce questionnaire	
Adresse mail et numéro téléphonique du contact / réfèrent pour ce questionnaire (en cas de besoin d'informations complémentaires)	

2- Prévalence et traitement de la question de l'obésité dans votre région

2.1 Prévalence de l'obésité (globale, et si possible par grade IMC)

2.1.1 Estimation la plus récente (indiquer l'année) :

Globale : IMC 30-35 (modéré) : IMC entre 35 et 40 (sévère) : IMC>40 (morbide) :

2.1.2 Estimation antérieure -pour apprécier les évolutions ; (indiquer l'année) :

Globale : IMC 30-35 (modéré) : IMC entre 35 et 40 (sévère) : IMC>40 (morbide) :

2.2 Traitement du thème de l'obésité dans le PRS actuel (2011-2016)

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, sous quel angle (plusieurs choix possibles)

2.2.1 Prévention primaire

OUI ☐ NON ☐

2.2.2 Prise en charge médicale/chirurgicale

OUI ☐ NON ☐

2.2.3 Suivi post-opératoire

OUI ☐ NON ☐

Si NON, l'ARS a-t-elle cependant réalisé des actions qui s'y rapportent OUI ☐ NON ☐

2.2.4 Si OUI, lesquelles et sous quelles formes :

2.3 Traitement du thème de l'obésité dans le prochain PRS

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, sous quel angle (plusieurs choix possibles)

2.3.1 Prévention primaire

OUI ☐ NON ☐

2.3.2 Prise en charge médicale/chirurgicale

OUI ☐ NON ☐

2.3.3 Suivi post-opératoire

OUI ☐ NON ☐

2.2.4 Le thème de l'obésité va-t-il figurer dans le COS

OUI ☐ NON ☐

2.2.5 Des actions concernant l'obésité vont figurer dans le SRS

OUI ☐ NON ☐

2.4 Des actions du PNNS 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013 (plans aujourd'hui achevés) font-elles l'objet d'un suivi particulier au sein de votre ARS ? OUI ☐ NON ☐

2.4.1 Si OUI, lesquelles

3- Votre utilisation des recommandations de bonne pratique de la HAS

3.1 Les recommandations de l'HAS, sur la prise en charge de l'obésité vous servent-elles pour déterminer la stratégie et / ou les actions de l'ARS :

Pas du tout ☐

un peu ☐

beaucoup ☐

3.2 Connaissez-vous la recommandation HAS 2009 « obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte » : OUI ☐ NON ☐

Si oui, est-elle :

Claire et adaptée ☐

Effectivement utile ☐

3.3 Connaissez-vous la recommandation HAS 2011 « surpoids et obésité : prise en charge médicale de premier recours » : OUI ☐ NON ☐

Si oui :

Claire et adaptée ☐

Effectivement utile ☐

3.4 : Connaissez-vous la recommandation HAS 2016 « chirurgie de l'obésité pour les moins de 18 ans, à n'envisager que dans des cas très particuliers » : OUI ☐ NON ☐

Si oui :

Claire et adaptée ☐

Effectivement utile ☐

3.5 Autres sources de référence (par exemple celles de la Société française de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques – SOFFCOMM)

4- Réseaux « obésité », autres réseaux en lien avec l'obésité, filières et parcours ... dans votre région

4.1 Y a-t-il des réseaux « obésité » dans votre région ? OUI ☐ NON ☐

4.1.1 (SI OUI) ... Combien :

4.1.2 pour chacun des 10 principaux réseaux (à apprécier si besoin par la taille de la file active)

Nom du réseau	
Territoire	
Quelques précisions sur la nature des interventions	
File active 2016	
Financement ARS 2016	
Financement ARS 2012	
Total des financements 2016	
Total des financements 2012	

Autres commentaires (sur les réseaux « obésité » / sur les interventions d'autres réseaux « obésité » que ceux déjà cités)

4.2 Les autres réseaux de votre région dont l'intervention est « en lien » avec l'obésité ?

4.2.1 (SI OUI) ... Combien :

Commentaires sur ces réseaux « en lien » avec obésité

4.3 Y a-t-il des filières « obésité » dans votre région ?

OUI ☐ NON ☐

4.3.1 (SI OUI) ... Combien :

4.3.2 pour chacune des 10 principales filières (à apprécier si besoin par la taille de la file active)

Organisateur de la filière	
Territoire	
Quelques précisions sur la nature des interventions	
File active 2016	
Financement spécifique ARS 2016	
Financement spécifique ARS 2012	
Total des financements 2016	
Total des financements 2012	

Commentaires

4.4 Y a-t-il des parcours « obésité » dans votre région ?

OUI ☐ NON ☐

SI OUI

Combien	
Quelle est l'année de constitution du premier d'entre eux	
Sur quels territoires	

Commentaires éventuels

4.5 COMMENTAIRES EVENTUELS SUR d'autres formes d'intervention collective pour la prise en charge de personnes (adultes ou enfants) obèses

5- Centres spécialisés de l'obésité (CSO) et centre intégré de l'obésité (CIO) dans votre région

5.1 Nom du CSO ou CIO

5.1.0 Etablissement de santé de rattachement

> si ce CSO ou CIO est plus spécialement rattaché à un ou plusieurs services, préciser

5.1.1 Année de création :

5.1.2 File active année de création :

5.1.3 File active 2016 :

5.1.4 Financement total année de création :

5.1.5 Financement total 2016 :

5.1.5.1 Dont FIR :

5.1.5.2 Dont MIG :

5.1.5.3 Dont Autre :

5.1.6 Précisez les partenaires officiels :

5.1.7 Précisez le rôle du CSO / du CIO, les actions : à l'égard des réseaux et filières, des parcours de santé...)
dans le cas d'un CIO : à l'égard des CSO, de la recherche, ...

5.2 Décrivez-en quelques mots la politique de l'ARS à l'égard des CSO et CIO

5.3 Autres commentaires éventuels sur CSO et CIO

6- Etablissements où est pratiquée la chirurgie bariatrique (CB) et SSR prenant en charge des personnes obèses, dans votre région

6.1.1 Données quantitatives sur les établissements où est pratiquée la chirurgie bariatrique

Données au 31/12/2016	Publics	ESPIC	Privés commerciaux	total
Nombre d'établissements pratiquant la CB				
Nombre d'établissements pratiquant la CB qui disposent d'une convention avec un CSO				
Nombre d'établissements pratiquant la CB où l'activité CB est « labellisée » par la SOFFCOMM (<i>Société française et francophone de chirurgie de l'obésité et des maladies métaboliques</i>)				
Nombre d'établissements pratiquant la CB sur des mineurs (enfants ou adolescents)				
Nombre d'établissements pratiquant la CB qui ont été l'objet d'une mise sous accord préalable à la suite d'un « ciblage » par l'assurance maladie				

6.1.2 Dynamique de recours à la CB dans les six dernières années (2011-2016) dans votre région

6.1.2.1 Nombre d'interventions de CB en 2011 :

6.1.2.2 Nombre d'interventions de CB en 2012 :

6.1.2.3 Nombre d'interventions de CB en 2013 :

6.1.2.4 Nombre d'interventions de CB en 2014 :

6.1.2.5 Nombre d'interventions de CB en 2015 :

6.1.2.6 Nombre d'interventions de CB en 2016 :

6.1.3 commentaires éventuels sur les établissements pratiquant la chirurgie bariatrique

6.2 les SSR intervenant en aval ou en amont de la CB

6.2.1 Nombre total de SSR dans la région :

6.2.2 Nombre total de places (/lits ?) de SSR :

6.2.3 Nombre de SSR accueillant des personnes obèses :

6.2.4 Nombre de place (/lits ?) de SSR dédiés à des personnes obèses :

6.2.5 Selon vous, l'offre SSR est adéquate à la demande pour des personnes obèses OUI ☐ NON ☐

6.2.6 COMMENTAIRES EVENTUELS SUR LES SSR (activité, qualité, rôle dans la prise en charge amont et aval des patients opérés, ressources...) :

7 Les modalités de financement de la chirurgie bariatrique et leurs effets éventuels

7.1 Les conditions de prise en charge financière / remboursement et la tarification des actes liés à la prise en charge de l'obésité et à la CB sont-elles selon vous susceptibles :

- D'inciter les personnes éligibles à privilégier la CB au détriment de la prévention ? OUI ☐ NON ☐
- D'inciter les professionnels et/ou les établissements à prescrire et pratiquer la CB au-delà des indications OUI ☐ NON ☐
- D'inciter personnes éligibles et professionnels à privilégier l'une des techniques de CB plus qu'une autre ? OUI ☐ NON ☐
- D'induire des inégalités de recours en fonctions des revenus ou des territoires ? OUI ☐ NON ☐

7.2 Commentaires et propositions de votre part sur ces sujets de financement :

8 Coordination avec l'assurance maladie, suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sur le thème « Prise en charge préopératoire pour une chirurgie de l'obésité chez l'adulte » (IPAQSS 2017 – OBE- prise en charge préopératoire de l'obésité-), MSAP, etc ... dans votre région

8.1 Relations entre l'ARS et l'assurance maladie (CPAM/DRSM) sur le thème de l'obésité et de la CB

- 8.1.1 Nous n'avons pas ou très peu de relations sur le thème CB jusqu'à présent ☐
- 8.1.2 Ces thèmes sont inscrits dans le PGRDR (programme régional de gestion du risque) ☐
- 8.1.3 Nous avons des points réguliers d'info pour coordonner nos actions/plan d'action ☐

8.1.1 Commentaires

8.2 Le déroulement de la campagne IPAQSS en 2017, chirurgie bariatrique

- 8.2.1 Tous les établissements et les professionnels concernés jouent le jeu OUI ☐ NON ☐
- 8.2.2 Si NON, quelle part des établissements ne jouent pas le jeu :

8.2. 1 Commentaires sur la campagne IPAQSS 2017, chirurgie bariatrique

8.3 Mise sous accord préalable (MSAP) au titre de la chirurgie bariatrique

- 8.3.1 Des ES ont-ils été « ciblés » dans votre région en 2016 OUI ☐ NON ☐
- 8.3.2 Si OUI, combien :
- 8.3.3 Nombre de demandes de prise en charge :
- 8.3.4 Nombre de refus de prise en charge :

8.3.1 Avis et commentaires sur la MSAP (efficacité, suites...)

8.3 Leviers disponibles et privilégiés par l'ARS pour réguler l'activité de CB (CAQES, MSAP,...) ... et conventionnement avec un CSO ... ainsi que ROSP,

8.4 COMMENTAIRES EVENTUELS SUR LA COORDINATION avec l'assurance maladie, les IQSS et IPAQSS, et les MASP

9 Eventuelles difficultés régionales pour un accès à la CB et au traitement médical de l'obésité en 2016

9.1 Selon vous existe-t-il une difficulté d'accès à la chirurgie bariatrique OUI ☐ NON ☐

Si OUI combien de personnes obèses concernées :

9.2 Causes de ces difficultés

Raisons financières ☐

Distance trop importante pour accéder à un établissement pratiquant le CB ☐

Autres causes (préciser lesquelles)

9.3 Globalement, pouvez- vous dire que l'offre de CB dans votre région est :

Suffisante OUI ☐ NON ☐

Bien répartie OUI ☐ NON ☐

De qualité OUI ☐ NON ☐

9.4 Globalement, pouvez- vous dire que l'offre de soins obésité (hors CB) dans votre région est :

Suffisante OUI ☐ NON ☐

Bien répartie OUI ☐ NON ☐

De qualité OUI ☐ NON ☐

Commentaires éventuels sur les difficultés d'accès à la CB et aux soins obésité hors CB

10 Informations disponibles sur la CB :

10.1 pour les professionnels ; informations produites par la HAS, les sociétés savantes, Santé Publique France... sur l'amont et l'aval de la CB

10.1.1 Les informations destinées aux généralistes, pédiatres et psychiatres sont elles :

10.1.1.1 Connues et effectivement utilisées

Très bien ☐ Moyennement ☐ Très peu ☐ Pas du tout ☐ NSP ☐

10.1.1.2 Claires et adaptées à leurs besoins

Très bien ☐ Moyennement ☐ Très peu ☐ Pas du tout ☐ NSP ☐

10.1.2 Les informations destinées aux autres professionnels (diététiciens, psychologues professionnels du sport...) sont-elles :

10.1.2.1 Connues et effectivement utilisées

Très bien ☐ Moyennement ☐ Très peu ☐ Pas du tout ☐ NSP ☐

10.1.2.2 Claires et adaptées à leurs besoins

Très bien ☐ Moyennement ☐ Très peu ☐ Pas du tout ☐ NSP ☐

10.1.3 COMMENTAIRES EVENTUELS SUR LES INFORMATIONS disponibles pour les PROFESSIONNELS

10.2 pour les personnes obèses et leurs proches ; Informations disponibles sur la CB (et les différentes techniques opératoires et produites par la HAS, Santé Publique France, des associations de patients, ...

Ces informations sont-elles

10.2.1 Claires et rédigées dans un langage aisément compréhensible OUI ☐ NON ☐

10.2.2 Adéquates pour les besoins de personnes OUI ☐ NON ☐

10.2.3 Suffisamment diffusées OUI ☐ NON ☐

10.2.4 Effectivement connues OUI ☐ NON ☐

10.2.5 COMMENTAIRES EVENTUELS SUR LES INFORMATIONS DISPONIBLES SUR LA CB POUR LES PATIENTS

11 Organisation interne de l'ARS sur le thème de l'obésité

11.1 Décrire en quelques lignes comment l'ARS est organisée en interne pour suivre / instruire / gérer / évaluer les sujets et dossiers liés à l'obésité et à la chirurgie bariatrique (place de la chirurgie bariatrique et de la lutte contre l'obésité dans le CPOM de l'ARS ; directions impliquées / pilote, nombre d'agents et compétences, existence de chefs de projet dédiés, transversalités / management / animation ...).

11.2 Etes vous un « correspondant PNNS/PO » tel que défini en page 5 de l'instruction du 29 juillet 2011 relative à la mise en oeuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les Agences Régionales de Santé (ARS).

11.3 : commentaires éventuels

12 Toutes autres remarques ou préconisations de quelque ordre que ce soit

=====

Données disponibles (à adresser à la mission en pièces jointes ou par lien ... ou par envoi postal)

13 SINISTRALITE :

Données de sinistralité : plaintes, recours contentieux, complications graves et décès en lien avec la chirurgie bariatrique (en précisant si possible nombre, nature et évolution dans le temps)

14 Recherche et études : Autres données / études disponibles au niveau régional (suivi de cohortes, inégalités sociales et territoriales, non recours, travaux médico-économiques, expérimentations diverses dont parcours de santé...)

Tous nos remerciements