

Arrêté n° ARSBFC/DG/2019-001 relatif au projet d'expérimentation « Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité » porté par l'espace médical nutrition-obésité (EMNO)

Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté,

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

Vu le décret du 8 décembre 2016 portant nomination du directeur de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire N° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu l'Avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 13 décembre 2018 concernant le projet d'expérimentation dénommée « Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité » ;

Vu le cahier des charges annexé.

ARRETE

Article 1^{er} : L'expérimentation innovante en santé du projet « amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité » est autorisée à compter du 1^{er} janvier 2019, telle qu'elle est décrite dans le cahier des charges en annexe, pour une durée de 5 ans.

Article 2 : L'expérimentation est mise en œuvre sur le territoire du département de la Côte d'Or et les départements limitrophes.

Le projet d'expérimentation associe les établissements Ramsay Générale de Santé et le centre spécialisé obésité du centre hospitalier universitaire de Dijon.

Article 3 : La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence régionale de santé et assurance maladie)

Article 4 : Le Directeur de l'innovation et de la stratégie de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Bourgogne-Franche-Comté.

Article 5 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal administratif de DIJON dans le délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Fait à Dijon, le 11 janvier 2019

Le directeur général adjoint,


Olivier Obrecht

ARS Bourgogne Franche-Comté

BFC-2019-01-11-004

**Arrêté ARSBFC/DG/2019-001 relatif au projet
d'expérimentation "amélioration de la santé d'un patient
souffrant d'obésité" porté par EMNO : annexe V4bis**

*Arrêté ARSBFC/DG/2019-001 relatif au projet d'expérimentation "amélioration de la santé d'un
patient souffrant d'obésité" porté par EMNO : annexe V4bis*



PROJET D'EXPERIMENTATION

PORTEUR :

ESPACE MEDICAL NUTRITION-OBESITE (EMNO)

AMELIORATION DE LA SANTE D'UN PATIENT SOUFFRANT D'OBESITE

- Pertinence de sa prise en charge -
- Amélioration de sa qualité de vie -
- Renforcement de son rôle actif dans son parcours -

DATE DE DEPOT DU PROJET : 29/06/2018

CAHIER DES CHARGES VERSION 4 BIS DU 19/11/18



SOMMAIRE

Résumé du projet	3
CAHIER DES CHARGES	7
I. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeux de l'expérimentation	7
II. Impacts attendus	22
III. Durée de l'expérimentation	23
IV. Champ d'application territorial.....	24
V. Présentation du porteur et des partenaires de l'expérimentation	27
VI. Catégories d'expérimentations.....	29
VII. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation	30
VIII. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :.....	32
IX. Modalités de financement de l'expérimentation	39
X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées.....	42
XI. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées 46	
XII. Liens d'intérêts.....	47
PERSPECTIVES, FACTEURS-CLES DE SUCCES	48
Conclusions.....	49
ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES	50
ANNEXES.....	52
I. Chirurgie bariatrique en Bourgogne Franche-Comté	53
II. Conclusions du sous-groupe de travail DGOS SSR nutrition – mai 2018	56
III. État des lieux réalisé par l'ORS BFC sur la filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté : Diagnostic régional et pistes d'actions, à la demande du parcours nutrition santé.....	57
IV. Parcours de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité adulte ARS BFC .	58
V. Cadre théorique de l'engagement des patients (inspiré de Carman et al. 2013).....	59
VI. Evaluation de la qualité de vie	60
VII. Intérêt d'une coordination globale	64
VIII. Evolution organisationnelle régionale	66
IX. Budget prévisionnel détaillé	67
X. Notification ARS BFC relative au protocole de coopération Dr Gauthier-Oliveri (IDE) N°11-0000000036.....	71
XI. Modules pédagogiques plateforme.....	73

RESUME DU PROJET

CONTEXTE

L'obésité est devenue sur les dernières décennies un problème majeur de santé publique à l'origine de multiples conséquences : inégalités et disparités des prises en charge, altération importante de la qualité de vie, augmentation des dépenses de santé. Dans son sillage, particulièrement en France, la chirurgie bariatrique s'est développée comme une alternative thérapeutique de plus en plus accessible. La région Bourgogne Franche Comté se démarque par une prévalence de l'obésité et un taux de recours à la chirurgie bariatrique au sein de sa population supérieure à la moyenne nationale et par des enjeux spécifiques d'accès aux soins. C'est pourquoi le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028 BFC propose des objectifs ambitieux en termes de prise en charge à travers son parcours nutrition-santé. L'Espace Médical Nutrition et Obésité (EMNO) du Dr Gauthier, porteur de ce projet d'expérimentation, s'inscrit au cœur de ce parcours et apporte une dimension globale à la prise en charge de l'obésité. Cette inclusion se réalise volontairement selon un modèle collaboratif et non monopolistique souhaitant une approche thérapeutique intégrative et holistique.

PROJET

Organiser de manière innovante la prise en charge de l'obésité avec ou sans chirurgie bariatrique en permettant l'accès à une équipe pluridisciplinaire pour tous, sans reste à charge (permettant une égalité d'accès aux soins) et avec un programme spécifique pour les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire. Ce parcours médico-éducatif sera renforcé par l'utilisation d'une plateforme pédagogique rendant l'utilisateur actif au cœur de son parcours.

Cette expérimentation intégrera les notions :

- ◆ De parcours de soins décloisonné
- ◆ De maillage territorial
- ◆ De processus pluriprofessionnel collaboratif
- ◆ De e-santé (« sortir des murs »)
- ◆ De patient-usager et de patient-expert

OBJECTIFS DU PROJET

► Objectif stratégique

Montrer qu'une prise en charge fondée sur une plateforme en ligne, une prise en charge pluridisciplinaire forfaitisée et la participation active des patients permet d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes souffrant d'obésité.

► Objectifs opérationnels

- ◆ Rendre le patient acteur de sa prise en charge et autonome dans son parcours, avec la possibilité de devenir patient-expert (partage d'expériences)
- ◆ Faciliter l'accès à une offre de soins pluridisciplinaire
- ◆ Décloisonner les acteurs et améliorer la cohérence des possibilités thérapeutiques
- ◆ Inclure l'entourage du patient dans la démarche éducative
- ◆ Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique et le suivi post-opératoire de cette chirurgie

TERRITOIRE CONCERNE

L'expérimentation concernera les personnes résidant en Bourgogne Franche Comté, plus précisément le département de la Côte d'Or et les départements limitrophes.

PARTENAIRES DU PROJET

Sont signataires du projet : RamsayGDS et la Fondation RGDS, le CSO de Dijon (CHU Dijon), des associations de patients (CNAO, Pèse-Plumes 71, ELISEA), le Réseau Sport-Santé BFC, le CNP Nutrition, la FNAMN, l'AFDN, les MSP d'Orgelet et Tournus.

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX IMPACTS ATTENDUS

► Pour les usagers

- ◆ Meilleure adéquation entre les besoins propres à chaque personne et le parcours thérapeutique
- ◆ Meilleur accompagnement tout au long de la prise en charge grâce à un accès simplifié à une équipe spécialisée pluriprofessionnelle, avec la ressource des patients-experts et grâce à l'inclusion de l'entourage
- ◆ Egalité d'accès aux soins, diminution des coûts relatifs aux consultations habituellement à la charge du patient

► Pour les professionnels et les établissements ou services

- ◆ Amélioration de l'adhésion et diminution des perdus de vue
- ◆ Amélioration de la démarche thérapeutique ETP
- ◆ Décloisonnement des acteurs du parcours thérapeutique
- ◆ Création d'un relai thérapeutique pluridisciplinaire et centralisation sur des cas complexes

► Pour les dépenses de santé

- ◆ Diminution des hospitalisations pour obésité
- ◆ Diminution du taux de recours à la chirurgie bariatrique et des chirurgies de 2^e, 3^e, 4^e intention
- ◆ Diminution des obésités très sévères, sources de dépenses.

PERSPECTIVES

Développer un nouveau mode de prise en charge thérapeutique répliquable sur les territoires de santé

- ◆ Adapté à la logique des parcours,
- ◆ Accessible à tous,
- ◆ Incluant le patient-expert,
- ◆ Articulé au maillage territorial,
- ◆ Utilisant les ressources pédagogiques modernes.

EFFECTIFS DU PROJET

Si la structure fonctionnera avec un budget proposé à l'équilibre qui repose sur l'inclusion de 220 patients/an, avec une montée en charge sur 5 ans pour atteindre une file active annuelle de 1100 patients à partir de l'année 5, le nombre de patients à retenir pour l'expérimentation est de **770**. Les besoins d'évaluation, en raison du caractère expérimental, limitent la période d'inclusion et ne permet pas le renouvellement des patients, impactant le modèle économique à l'équilibre élaboré sur une file active de 1100 patients.

DEROGATIONS ET FINANCEMENT

- ▶ Création d'une **forfaitisation du parcours** comprenant :
 - ♦ La prise en charge de prestations dérogatoires des métiers supports (infirmiers d'éducation thérapeutique, diététiciens, psychologues) non pris en charge actuellement par l'assurance maladie permettant l'accès à l'ensemble de la thérapeutique éducative, pour tous, ce qui est déterminant pour lever le frein financier ;
 - ♦ Le financement de la coordination du parcours ;
 - ♦ L'utilisation d'une plateforme pédagogique permettant une dématérialisation d'une partie du parcours éducatif, l'accessibilité au domicile, l'empowerment, la diminution des coûts et l'amélioration de la pertinence de la thérapeutique présentielle.
- ▶ La **forfaitisation du parcours sera graduée en fonction du profil de complexité** de chaque personne :

GRADUATION DES FORFAITS		
FORFAIT 1 = 135 €	FORFAIT 2 = 255 €	FORFAIT 3 = 465 €
♦ Accès à la plateforme et aux modules éducatifs ♦ 1 consultation avec le médecin ♦ 2 consultations avec l'infirmière ♦ Si besoin, accès aux autres métiers supports. ♦ Suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination)	♦ Accès à la plateforme et aux modules éducatifs ♦ 6 consultations dont au moins : ♦ ≥1 avec le médecin ♦ ≥2 avec l'infirmière ♦ 1 avec la diététicienne ♦ 1 avec la psychologue ♦ Suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination)	♦ Accès à la plateforme et aux modules éducatifs ♦ 11 consultations dont au moins : ♦ >2 avec le médecin ♦ ≥4 avec l'infirmière ♦ ≥2 avec la diététicienne ♦ >1 avec la psychologue ♦ Suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination)

Ces forfaits sont calculés de sorte à obtenir un modèle économique à l'équilibre quand la file active prévue dans le projet est atteinte (1100 patients).

▶ Financement de l'expérimentation sur 5 ans pour 770 patients

La perte financière générée par le caractère expérimental (patients inclus dans l'expérimentation < file active du projet avec un budget équilibré) sera compensée par des crédits FIR (ligne dédiée).

	FISS	FIR
Lancement (6 mois)		47 500 €
Année 1	92 000 € (dont 6600€ d'accès plateforme)	83 000 €
Année 2	146 000 € (dont 13200€ d'accès plateforme)	70 000 €
Année 3	191 000 € (dont 19800€ d'accès plateforme)	61 000 €
Année 4	198 000 € (dont 23100€ d'accès plateforme)	53 000 €
Année 5 partielle (6 mois)	84 000 € (dont 23100€ d'accès plateforme)	23 000 €
Total	711 000 €	337 500 €
Coût Total expérimentation (770 patients)	1 048 500 € (soit 1362€/patient)	

EVALUATION

- ◆ Indicateurs de qualité et de performance : indicateurs de résultats et de processus pour les objectifs stratégiques et opérationnels (marqueurs anthropométriques des patients, complications liées à l'obésité, appropriation et qualité de vie du patient)
- ◆ Indicateurs de satisfaction du patient
- ◆ Indicateurs de suivi de l'expérimentation

ORIGINALITE ET CARACTERE INNOVANT

- ◆ Développement d'un **parcours thérapeutique** incluant l'ensemble des professionnels et métiers supports
- ◆ Accès à une **plateforme pédagogique** permettant une amélioration de la prise en charge préventive
- ◆ Démarche thérapeutique **centrée sur le patient**, lui permettant une autonomie progressive vis-à-vis du système de soins et non une dépendance par des enchaînements de programmes préventifs et/ou d'actes.
- ◆ Utilisation des **compétences des patients-experts**, qui joueront un rôle d'éducateurs aux côtés des professionnels de santé dans la **communauté pédagogique** et partageront leur expérience

MOTS-CLES

Maladie chronique ; Obésité ; Chirurgie bariatrique ; Métiers supports ; Parcours ; Usager ; Patient expert ; Pédagogie thérapeutique dématérialisée ; Coordination ; Prise en charge complexe

CAHIER DES CHARGES

I. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeux de l'expérimentation

L'obésité, maladie chronique complexe avant tout comportementale, nécessite de mieux **coordonner les professionnels de la prise en charge** pour permettre de proposer un parcours de soins complet, cohérent et individualisé comprenant une action **thérapeutique dématérialisée** plaçant le patient acteur de son parcours, conduisant à un changement de comportement dans la durée.

En France, en 2015, **17,2% des adultes présentent un IMC supérieur à 30 kg/m², malgré une tendance à la stabilisation** de la prévalence depuis 2006 en lien avec les actions du PNNS¹ et des publications HAS², mais pas de régression.

En parallèle des **comorbidités somatiques³, psychologiques⁴ et sociales fréquemment associées à l'obésité⁵**, on trouve certains **troubles du comportement alimentaire (TCA)** touchant près de la moitié des personnes souffrant d'obésité à des degrés divers (hyperphagie boulimique, grignotages compulsifs, addictions alimentaires...)⁶. La présence de ces troubles, fréquemment masqués, impose une thérapeutique spécifique, adaptée, pluridisciplinaire inscrite sur le long terme. Par ailleurs, il existe une **relation inversement proportionnelle entre la prévalence de l'obésité et le niveau de revenus⁷**, ce qui invite à prendre également en considération les facteurs socio-économiques dans l'organisation et le financement de la prise en charge de cette pathologie afin de limiter au maximum le reste à charge des patients et ainsi permettre une **égalité d'accès aux soins**.

Sur un plan pratique, les recommandations publiées par la **HAS** soulignent l'importance de prendre en charge le patient souffrant d'obésité sur le **long terme**, avec une vision globale incluant l'**entourage** et grâce à une **approche pluridisciplinaire** : conseils diététiques, activité physique, prise en charge des TCA et des difficultés psychologiques, traitement des comorbidités et des complications.

La prise en charge proposée repose sur l'**accompagnement pédagogique** des patients via les principes de l'**ETP⁸**. L'objectif de la prise en charge est de modifier le comportement du patient via l'acquisition de connaissances et de compétences, permettant un changement pérenne des

¹ www.mangerbouger.fr

² Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours, sept 2011, HAS

³ Boyer et al 2008, Park 2009

⁴ Boyer et al 2008, Park 2009

⁵ Cameron et al 2011

⁶ Hoek et al. 2003

⁷ ObEpi, enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, 2012

⁸ La structure bénéficie d'une autorisation de l'ARS BFC pour un programme d'éducation thérapeutique dans le cadre du suivi des patients ayant eu recours à une chirurgie bariatrique.

comportements. Cet objectif rejoint les recommandations récentes du rapport de l'IGAS⁹. Le suivi évolutif se centre principalement sur la qualité de vie.

L'expérimentation proposée suggère de placer l'EMNO en relais pivot de la prise en charge. Une structure spécialisée, pluridisciplinaire et intégrée dans le réseau territorial de prise en charge de l'obésité, semble plus à même d'assurer la cohérence du parcours du patient, tout en maintenant le lien, fondamental, avec le médecin traitant.

L'expérimentation s'appuie sur :

- ♦ Une équipe pluridisciplinaire, composé d'un médecin nutritionniste, d'une infirmière, d'une diététicienne, d'un psychologue et d'un secrétaire.
- ♦ Une pédagogie dématérialisée

Il est proposé de mettre en place un dispositif éducatif dématérialisé auquel les patients auront accès depuis leur domicile. Ce dispositif offre un parcours pédagogique, évolutif, disponible au domicile, permettant d'avoir des évaluations de modules éducatifs et d'orienter les entretiens présentiels sur la base de ces évaluations.

La transmission des notions repose sur un processus pédagogique d'apprentissage et d'appropriation de la démarche thérapeutique (ETP). Sans cette implication personnelle et l'intégration de l'entourage, les bases éducatives seront fragiles et ne permettront pas les changements nécessaires sur le long terme⁹.

L'expérimentation s'inscrit dans le cadre du Parcours nutrition-santé de l'ARS BFC dans la mesure où elle participe à la mise en œuvre de ses recommandations. L'articulation avec les professionnels de ville et plus largement entre les différents niveaux de recours s'inscrit dans le cadre du parcours nutrition-santé décrit par le PRS 2018-2028. Le Dr Gauthier est par ailleurs copilote externe du parcours. Dans ce cadre, l'expérimentation proposée sera articulée avec les autres établissements de santé ayant un lien direct ou indirect avec la prise en charge de l'obésité et/ou de la chirurgie bariatrique.

Notamment, l'expérimentation veillera à créer des liens entre les différents niveaux de prise en charge de 1er, 2e et 3e recours du territoire, l'objectif étant que l'EMNO constitue un relai pour les situations complexes limitant ainsi des hospitalisations (complètes ou ambulatoires) coûteuses pour le système de soins :

Spécificités du territoire : prévalence élevée de l'obésité (16,4 % en BFC vs 14% au niveau national¹⁰), taux de recours en chirurgie bariatrique plus élevé (0,95 pour 1000 en BFC vs 0,78 pour 1000 au niveau national¹¹, territoire large avec effet « centre » accentuant les difficultés (la présence de la plateforme permettra une diminution d'environ 30% des consultations présentes nécessaires).

⁹ rapport IGAS situation de la chirurgie de l'obésité N°2017-059R.

¹⁰ étude OBEPI-2012

¹¹ Données ATIH

1. Objectifs

1. Objectif stratégique

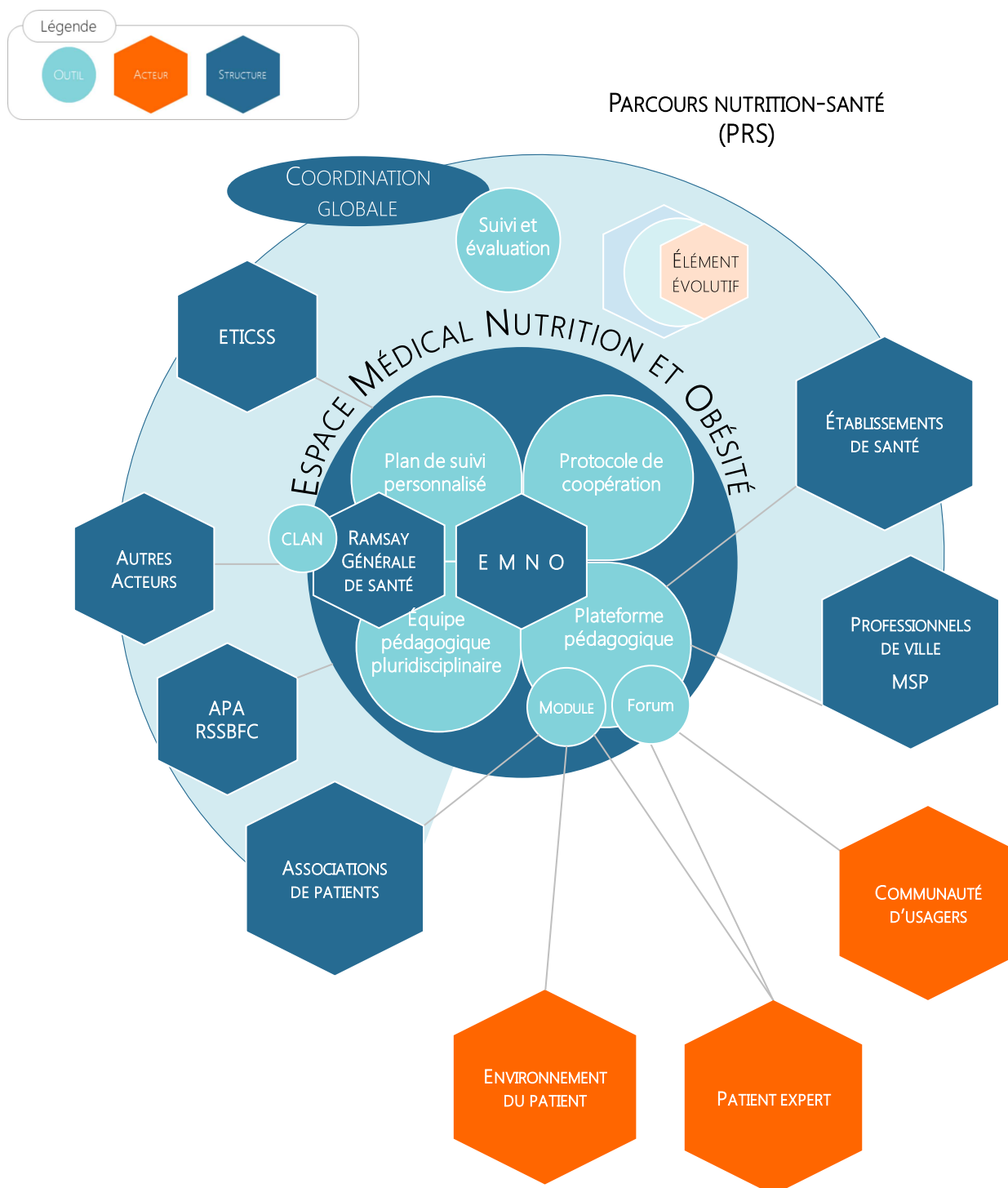
Améliorer la prise en charge et la qualité de vie pour le patient obèse par une prise en charge pluridisciplinaire, reposant sur une approche pédagogique thérapeutique dématérialisée articulée au parcours présentiel. L'ensemble est construit sur les fondements de l'éducation thérapeutique, incluant la participation active du patient et de son entourage dans son parcours de soins visant un changement de comportement dans la durée.

2. Objectifs opérationnels :

- ◆ Rendre le patient acteur de sa prise en charge et autonome dans son parcours éducatif, avec la possibilité de devenir patient-expert (partage d'expériences)
- ◆ Inclure l'entourage du patient dans la démarche éducative
- ◆ Faciliter l'accès à une offre de soins pluridisciplinaire
- ◆ Améliorer la cohérence de la prise en charge par les différents acteurs
- ◆ Améliorer la pertinence de la chirurgie bariatrique, la phase pré-opératoire et le suivi post-opératoire de cette chirurgie

2. Parcours - Ressources

Schéma du dispositif



1. Equipe pluri-disciplinaire pour la prise en charge

L'EMNO dispose déjà d'une équipe (médecin nutritionniste, diététicienne, psychologue et IDE) formée à l'ETP et à la prise en charge des TCA.

- ♦ **Le médecin nutritionniste** : spécialisé en nutrition, obésité et en chirurgie bariatrique, coordinateur ETP, formé en TCA, il évalue le profil comportemental, l'état nutritionnel et vitaminique, adapte la supplémentation, assure une bonne évolution du comportement alimentaire et de la composition corporelle en évitant une perte de masse musculaire.
- ♦ **L'infirmière** : formée à l'ETP, en entretien motivationnel, et aux TCA, permet d'assurer un suivi régulier sous la responsabilité d'un médecin. Elle prend l'ensemble des valeurs anthropométriques (poids, taille, tour de taille, tour de hanche), assure la mesure de la composition corporelle ainsi que la mesure de la dépense énergétique de repos par calorimétrie indirecte, adapte le suivi en fonction des besoins, dépiste les éventuelles problématiques socio-médicales.

Un **protocole de coopération** autorisé et notifié par l'ARS (annexe X) permet à l'infirmière de l'EMNO, formée et sous supervision du médecin, d'assurer une partie du suivi de chirurgie bariatrique, en lieu et place du médecin : dépistage biologique de carences vitaminiques, prescriptions de suppléments vitaminiques spécifiques et adaptées, prescription de la surveillance biologique, dépistage de problématiques nutritionnelles spécifiques de la chirurgie bariatrique nécessitant une consultation présente.

Ce protocole de coopération ne concerne que les patients du parcours de chirurgie bariatrique pour ce qui attrait à la prescription et surveillance biologique. Néanmoins, l'infirmière est l'un des piliers de l'équipe et occupe le rôle central décrit dans les propositions de l'HCAAM au sein des parcours de l'ensemble des patients.

RAPPORT HCAAM 2018

« Le rôle propre des infirmiers : par leur compétence propre, et le développement de celle-ci vers les pratiques avancées, cette profession sera amenée à jouer un rôle central dans la transformation proposée. Dans le cadre du premier recours, de la collaboration avec le médecin traitant dans la prise en charge de patients chroniques, de leur rôle en santé publique, les infirmières vont voir leurs missions évoluer ce qui va nécessiter d'envisager autrement les soins d'hygiène qu'elles devront organiser, mais beaucoup moins faire elles-mêmes »

- ♦ **La diététicienne** : formée en ETP et en comportement alimentaire, elle assure le respect d'une structure alimentaire adaptée au rythme de vie de chaque personne ainsi qu'à son métabolisme en tenant compte des adaptations médicales (diabète, cholestérol, HTA, intolérance alimentaire ...), assure le maintien d'un équilibre alimentaire quotidien adapté aux besoins.
- ♦ **La psychologue** : formée en ETP et en troubles des conduites alimentaires, elle dépiste les problématiques comportementales possibles, prévient et prend en charge les problématiques psychologiques dans le cadre de pertes de poids importantes, permet une aide pour l'adaptation des nouvelles sensations/perceptions dans l'environnement propre de chaque personne (social, professionnel, familial...)

L'EMNO dispose depuis 2 ans d'un financement (FIR) par l'ARS BFC, dans le cadre du parcours nutrition-santé, pour expérimenter deux programmes, « Lutte contre l'obésité dans une catégorie de

population dont l'obésité est prévalente : les patients CMU" et "Prise en charge pluridisciplinaire des Troubles du Comportement Alimentaire ». Ce financement a pour objectif de financer partiellement les métiers supports décrits supra, un des freins à ce type de prise en charge étant le coût financier. Cette prise en charge pluridisciplinaire concerne des patients sous couverture sociale CMU pour la prise en charge de l'obésité et des patients souffrant de troubles des conduites alimentaires (type anorexie boulimie / hyperphagie boulimique / perte de contrôle).

Les premiers bilans de ces expérimentations, évalués positivement par l'ARS BFC, sont la genèse du présent projet et ces 2 expérimentations s'y retrouveront de facto intégrées s'il est retenu.

2. Le chef de projet

Le **chef de projet** assiste le porteur du projet sur les missions de coordination, de promotion et communication d'expérimentation. Par ailleurs, il est chargé de :

- ◆ Assurer, avec le porteur du projet, la coordination des différents acteurs du projet :
 - Prestataire en charge de la plateforme pédagogique en santé dématérialisée associé à la création d'ateliers pédagogiques
 - Équipe pédagogique du projet (médecin, infirmière, diététicien, psychologue, usager...)
 - Différentes équipes sur différents sites partenaires du territoire d'expérimentation
- ◆ Maintenir un calendrier prévisionnel défini avec le porteur
- ◆ Assurer la signature des conventions entre partenaires et porteur de l'expérimentation
- ◆ Contribuer au déploiement de l'expérimentation sur le territoire
- ◆ Assurer le lien avec les différents niveaux de recours, en particulier le médecin traitant
- ◆ Apporter un appui aux porteurs locaux
 - Utilisation de la plateforme par les professionnels des sites présentiels
 - Communication auprès des usagers
- ◆ Participer en fonction des besoins aux réunions nécessaires entre les différents acteurs et partenaires du projet tant dans la phase de construction que dans la phase d'évaluation.

3. Plate-forme pédagogique dématérialisée

La plateforme pédagogique dématérialisée est au cœur de l'approche thérapeutique car articulée avec l'ensemble des processus du parcours.

Cette plate-forme, située chez un hébergeur de données de santé agréé et bénéficiant d'un marquage CE classe I selon les normes ASIP comprend :

- un portail dématérialisé, avec accès individualisé, au travers duquel seront mis à disposition les éléments infra
- des contenus pour induire un changement de comportement, çàd des programmes d'ETP multimédia comportant 18 modules pédagogiques conçus avec une approche UX, c'est-à-dire orientée utilisateurs, incluant des patients dans le processus de création.
 - 6 modules chirurgie bariatrique : Les techniques chirurgicales / Le premier mois après la chirurgie / Equilibre alimentaire post chirurgie et hydratation / Tolérance alimentaire / Les premiers mois / Pourquoi un suivi

Ces premiers modules sont en cours de réalisation pour une V1 de la plate-forme, dont l'ouverture est prévue pour janvier 2019. Le récent rapport de l'IGAS sur la chirurgie bariatrique fait état de difficultés importantes dans le cadre du processus éducatif encadrant les interventions (recommandations 16 et 17 rapport IGAS sur la situation de la chirurgie de l'obésité N°2017-059R).

L'IMPORTANCE DE LA DIMENSION PEDAGOGIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE

La démarche de prise en charge en nutrition-obésité et particulièrement dans le cadre de la chirurgie bariatrique repose sur des changements de comportements via l'acquisition de connaissances et de compétences. La transmission de ces notions repose avant tout sur un processus pédagogique d'apprentissage et d'appropriation de la démarche thérapeutique (ETP). Sans cette implication personnelle, les bases éducatives seront fragiles et ne permettront pas les changements nécessaires sur le long terme.

- Les modules suivants sont en phase projet : les contenus pourront évoluer en fonction de l'avancement de l'expérimentation.
- Au nombre de 12, ils sont décomposés en 2 à 6 ateliers par module (annexe XI) :
- Comprendre le surpoids-obésité et ses prises en charge : Causes du surpoids obésité / Conséquences du surpoids obésité / Balance énergétique / métabolisme / Echecs des régimes restrictifs / Education thérapeutique
 - Diététique : Qualité nutritionnelle / Equilibre alimentaire /Quantité /Diététique et pathologies (diabète, dyslipidémie, intolérances ...)
 - Activité Physique
 - Rapport à l'alimentation / comportement alimentaire / Restriction/frustration/culpabilité, la restriction cognitive

L'ordre de réalisation des modules sera individualisé en fonction des profils, même si tous les utilisateurs commenceront par la « compréhension de la maladie » : chirurgie, rapport émotionnel à l'alimentation, équilibre, quantité, sédentarité... Peu importe le profil, tous les modules seront in fine réalisés.

EXEMPLE DE MODULE PEDAGOGIQUE

Un module aura pour objectifs de reconnaître et comprendre les mécanismes des malaises en lien avec la chirurgie de l'obésité (orthostatisme, dumping syndrome, hypoglycémie réactionnelle, insuffisance d'apports ...). Une fois les compétences acquises pour le patient, les proches pourront dans un second temps intégrer l'atelier afin de comprendre et savoir comment réagir s'ils sont confrontés à ce type de manifestation.

Ces modules font appel aux moyens multimédia en mettant en scène le contenu pédagogique à travers des images et des ambiances sonores pour déclencher des émotions qui renforceront la motivation du patient, au-delà de la compréhension rationnelle et volontaire du patient.

- des quizz pour évaluer les apprentissages avec un double-intérêt : permettre aux professionnels d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution des connaissances et des compétences acquises par le patient et l'orienter dans la séquence des modules à suivre. Chaque module contient des ateliers pédagogiques (2 à 6), chacun de ces ateliers est soumis à une évaluation (quizz de 5 questions). Le module complet est évalué par un quizz de 10 questions. L'ensemble apporte une vision du niveau de connaissance du module qui sera accessible au patient et à son professionnel. L'évaluation donnera lieu à une valorisation, mais ne sera en aucun cas bloquante. En d'autres termes, ce n'est pas parce que la moyenne n'est pas atteinte qu'il est obligatoire de reprendre le module avant de passer au suivant.

Toute situation bloquante aboutirait à une perte d'adhésion et donc à une perte de l'outil pédagogique. Si une évaluation d'un atelier ou d'un module est « mauvaise », le professionnel en sera informé et pourra axer sa consultation présentielle sur la problématique. Des rappels réguliers lors des connexions permettront au patient de reprendre ces modules afin d'améliorer la notation et surtout de reprendre les connaissances non acquises. Il pourra être également sollicité pour se rendre sur le forum du module afin d'échanger avec des patients experts. Le professionnel pourra alors avoir accès au nombre de visualisations du patient par module et les évolutions des évaluations, il se fera alors une idée de l'implication du patient dans sa démarche pédagogique thérapeutique. En fonction des réponses à certains quizz de modules, une orientation automatique permettra de diriger le patient sur les modules apportant un éclairage aux difficultés rencontrées.

- Un process de gamification, serious game, d'identification et valorisation : lors de sa première connexion le patient pourra créer son « avatar » qui l'identifiera. Cet avatar sera son reflet, son identité sur la plateforme. En fonction de l'évolution de son parcours, il pourra acquérir des éléments valorisants (accessoires) en tenant compte de son adhérence et de ses évaluations. Cet avatar avec accessoires sera visible sur les forums modérés. Ainsi, par ces processus, se créera une communauté pédagogique valorisante et motivationnelle.
- Un forum de discussion permettra ainsi aux patients d'échanger et de créer une communauté de patients, le forum est placé sous la double-modération de l'infirmière et des patients-experts. Chaque module aura son forum dédié. Les patients experts sont en cours de « recrutement » (inclusion V1 chirurgie bariatrique en janvier 2019). Ces derniers ont tous effectué l'ensemble du processus d'éducation thérapeutique présentiel (hospitalier et ville). Ils ont une compréhension et un recul de ce processus évalués par le porteur lors des suivis (consultations ou HDJ).

L'entourage du patient disposera d'un accès spécifique aux modules et au forum, avec des identifiants propres, l'associant au patient. Ainsi le professionnel pourra avoir une vision de l'implication de l'entourage de chaque patient dans la démarche thérapeutique, en visualisant le nombre de connexions de l'entourage.

EXEMPLE DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE MODERNE

Intéressant : beaucoup de modules pédagogiques sont en grande partie abordés au domicile des étudiants (parcours éducatif, gamification, échange sur forums modérés) et articulés avec du présentiel. Les démarches pédagogiques en santé, en particulier dans le cadre de problématiques chroniques et comportementales, doivent pouvoir s'en inspirer.

Parmi les perspectives de développement ultérieur de la plateforme, il y a l'objectif d'une interopérabilité voire d'une intégration au projet régional eTICSS¹² quand il disposera d'un accès patient.

Il est à noter qu'il n'y aucune données de santé sur la plateforme qui sera malgré tout chez un hébergeur de données de santé.

¹² Voir présentation dans la partie Contexte

Cette plateforme est déjà en cours de construction. La V1 concernant seulement les patients d'un parcours de chirurgie bariatrique sera accessible dès janvier 2019. La plateforme (support technique) réalisée, si l'expérimentation est retenue, l'inclusion de nouveaux modules thématiques (nutrition, obésité, comportement alimentaire...) sera évidemment nécessaire. Ces inclusions seront moins chronophages étant donné que le support technique sera déjà réalisé.

4. Le patient-expert et l'entourage du patient

♦ Patient-expert

L'analyse des entretiens présents et de l'utilisation de la plateforme par les patients permettra également d'identifier de potentiels patients-experts. Pour ceux qui souhaitent approfondir cette fonction, ils pourront être formés à l'éducation thérapeutique (formation 40h, DU, université patient). Il est prévu que la modération soit en partie assurée par ces patients, ceux qui auront une bonne adhésion avec le programme thérapeutique et apportant donc une vision « patient-usager ».

Ces nouveaux modèles de partenariats de soins tiennent compte tout autant de l'expertise professionnelle des soignants que de l'expertise « patient » issue du vécu de ses problématiques, de son expérience, de ses connaissances de sa trajectoire dans le système de soins. Ce partenariat nécessite de maintenir une relation d'apprentissage entre le soignant et le patient « expert »^{annexe5}.

Ainsi, l'expérimentation que nous proposons permet d'intégrer l'usager, le patient et son entourage :

- ♦ **Partage via une communauté pédagogique dématérialisée** modérée par des patients-experts et des soignants : acquisition de connaissances, d'expériences et de compétences
- ♦ **Organisation des services** : participation à la construction de la plateforme pédagogique (avis, audit, évolution)
- ♦ **Formation** : formation de patients-éducateurs par des soignants de l'équipe pédagogique mais également par des patients-experts déjà en place dans les programmes ETP

L'EXPERIMENTATION S'INSPIRE DU MODELE DE MONTREAL

Le modèle de Montreal inspiré de celui de Carman et al 2013¹ propose un partenariat patient-soignant, défini comme un élément indispensable d'une approche thérapeutique innovante et pertinente dans le cadre des maladies chroniques qui ne pourront, par définition, être « guéries complètement ». Ces nouveaux modèles de partenariats de soins tiennent compte tout autant de l'expertise professionnelle des soignants que de l'expertise « patient » issue du vécu de ses problématiques, de son expérience, de ses connaissances de sa trajectoire dans le système de soins. Ce partenariat nécessite de maintenir une relation d'apprentissage entre le soignant et le patients « expert ».

Des expérimentations sont déjà en place sur ces processus : en Grande-Bretagne, dans le cadre de l'approche de soins *Expert patients programmes*² a été expérimentée l'autogestion chez des patients atteints de maladies chroniques. En France, la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie – Sorbonne Université, dispose d'un diplôme universitaire et d'un master où des professionnels de la santé et des patients sont formés ensemble à l'ETP³.

¹Voir annexe V – cadre théorique de l'engagement des patients

²National Health Service (NHS). The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century. London: Department of health; 2001.

³Flora L. Savoirs expérientiels des malades, pratiques collaboratives avec les professionnels de santé : état des lieux. Éducation permanente. 2013;15:59-72.

		Associations de patients	de Usagers (patients/entourage)	Patients ressources ou experts
Conception	Rédaction des modules (contenu)	✓		
	Vérification de l'accessibilité des modules	✓		
Phase pilote ¹³	Audit		✓	
Utilisation des modules	Usage du portail		✓	
Animation forum /communauté	Animation (lancement sujet)		✓	✓
	Participation		✓	✓
	Modération			✓

♦ Entourage du patient

Cette offre pédagogique dématérialisée doit également permettre d'associer **l'entourage du patient**. En effet, beaucoup de programmes ETP présentiels « classiques » se heurtent à une problématique commune d'intégration de l'entourage aidant dans la démarche thérapeutique.

5. Partenaires (Plus de détails dans la PARTIE V.1)

- AFDN - Association Française des Diététiciens-Nutritionnistes
- Associations d'usagers
 - CNAO – Collectif National des Associations d'Obèses
 - Pèse Plume 71
 - ELISEA
 - Seconde Life
- RGDS : SSR (Clinique du chalonais ETP obésité) + HPDB (Chirurgie bariatrique)+ HPSM (Chirurgie bariatrique)+ SSR (Les Rosiers mise en place d'une HDJ avec ETP centrée APA)

Le réseau professionnel du groupe Ramsay Générale de Santé (RGDS) est un collaborateur important du dispositif. Le Dr Gauthier est le référent national des filières obésité-nutrition, il coordonne également le Comité de liaison Alimentation Nutrition (CLAN) des pôles Dijon et Bourg-Chalon. De par leur présence au sein des établissements, leur composition (administration, restauration, soignants, professionnels de la nutrition), leur lien avec les CME et leur articulation, ces CLAN sont une porte d'entrée pour l'expérimentation et les patients souffrant de surpoids-obésité inclus ou non dans un processus de chirurgie bariatrique

¹³ La phase pilote a pour objectif de tester l'intérêt thérapeutique par les patients et leur entourage, d'avoir leurs retours de manière à faire évoluer la solution.

- FNAMN - Fédération Nationale des Associations Médicales de Nutrition
- Le CNP Nutrition – Conseil National des Professionnels en Nutrition
- Réseau Sport Santé BFC
- CSO : lien entre 2^{ème} et 3^{ème} recours
- MSP Tournus (71) / MSP Orgelet (39)
- RCP chirurgie bariatrique département 71 (coordonnée par le Dr GAUTHIER), RCP département 21

L'EMNO travaille en collaboration avec plusieurs établissements de santé (Clinique du Chalonais, Hôpital privé Dijon-Bourgogne, Hôpital Privé Sainte Marie, CHU-CSO de Dijon, etc.) et fait le lien entre les acteurs des prises en charge de 1^{er} recours (médecins de ville, en particulier médecins traitants) et les niveaux de prise en charge plus spécialisés sur le territoire. La structure constitue alors un **relai pour les situations complexes, évitant ainsi des hospitalisations** (complètes ou en ambulatoire), coûteuses pour le système de soins.

3. Parcours du patient

1. Recrutement du patient

Les patients inclus dans l'expérimentation complète (forfaits + pédagogie dématérialisée) seront **suivis par l'EMNO**. L'entrée dans le parcours se fera, comme actuellement à l'EMNO, par courrier d'un médecin (généraliste ou autre spécialité). Le médecin traitant, et les autres professionnels de santé en lien avec le patient, seront systématiquement informés de l'évolution du processus et des objectifs de manière à être relais actif de l'approche thérapeutique.

L'articulation avec ETICSS permettra également la transmission d'informations dans le cercle de soins.

Les **critères d'exclusion** sont détaillés ci-dessous :

- .. Patient mineur (âge < 18 ans)
- .. Troubles cognitifs importants
- .. Troubles mentaux sévères
- .. Grossesse (ou projet de grossesse)
- .. Pathologie aigue ou complexe dont la prise en charge supplante celle de l'obésité (ex : cancer)
- .. Impossibilité d'accès à internet
- .. Consultation ponctuelle sans suivi

2. Diagnostic / bilan

A l'issu d'un **diagnostic éducatif initial par** l'équipe de l'EMNO, le patient est invité à se connecter à son espace personnel. Il accède ainsi à un parcours individualisé et personnalisé, avec des objectifs de progression au sein de son parcours. Ce programme s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge alternant RDV en présentiel et approche pédagogique dématérialisée.

Le diagnostic éducatif initial, qui peut être pluridisciplinaire, permet de connaître/comprendre/appréhender les particularités du patient : qui est-il ? que fait-il ? dans quel environnement ? comment est l'entourage ? qu'attend-t-il de la prise en charge ? Ainsi un ensemble

de besoins, ressources et freins seront identifiés permettant de construire un début de démarche éducative individualisée et adaptée. Il sera évolutif et actualisé en tenant compte des évaluations

3. Détermination des profils

5 profils de patients sont définis avec des protocoles de prise en charge associés sur 5 ans.

- ♦ **Obésité, profil 1** : patient autonome et compliant, en manque d'information concernant sa maladie. $IMC \leq 40$ à l'inclusion, comorbidités et complications faibles voire inexistantes. Objectif de prise en charge préventif pour limiter l'évolution de la maladie.
- ♦ **Obésité, profil 2** : patient ayant des difficultés motivationnelles, besoin d'un accompagnement rapproché et d'un soutien de l'entourage. $IMC \geq 30$ à l'inclusion, comorbidités et complications modérées.
- ♦ **Obésité, profil 3** : patient pouvant potentiellement prétendre à la chirurgie bariatrique, souffrant de complications liées à l'obésité ou de comorbidités sévères. Antécédents d'hospitalisation ou de chirurgie bariatrique. $IMC \geq 50$ ou $IMC \geq 40$ avec comorbidités sévères ou chirurgie bariatrique
- ♦ **Chirurgie bariatrique** : patient inclus dans un parcours de chirurgie bariatrique
- ♦ **Troubles du comportement alimentaire (TCA)** : patient souffrant d'obésité compliquée d'un TCA

A partir de ces profils, les phases de prise en charge ont été distinguées, en fonction de l'intensité de la prise en charge.

		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
OBÉSITÉ, PROFIL 1	Consultations nutritionniste	2	1	1	1	1
	Consultations IDE	2	1	1	1	1
	Consultations diététicienne	2	0	0	0	0
	Consultations psychologue	0	0	0	0	0
OBÉSITÉ, PROFIL 2	Consultations nutritionniste	3	1	1	1	1
	Consultations IDE	4	2	1	1	1
	Consultations diététicienne	3	2	1	1	1
	Consultations psychologue	1	0	0	0	0
OBÉSITÉ, PROFIL 3	Consultations nutritionniste	3	2	2	1	1
	Consultations IDE	5	2	2	2	2
	Consultations diététicienne	3	2	1	1	1
	Consultations psychologue	2	1	1	1	1
CHIRURGIE BARIATRIQUE	Consultations nutritionniste	3	2	1	1	1
	Consultations IDE	4	4	4	4	4
	Consultations diététicienne	3	2	1	1	1
	Consultations psychologue	2	1	1	1	1
TCA	Consultations nutritionniste	3	2	2	2	2
	Consultations IDE	6	6	2	2	2
	Consultations diététicienne	2	2	1	1	1
	Consultations psychologue	4	4	2	1	1



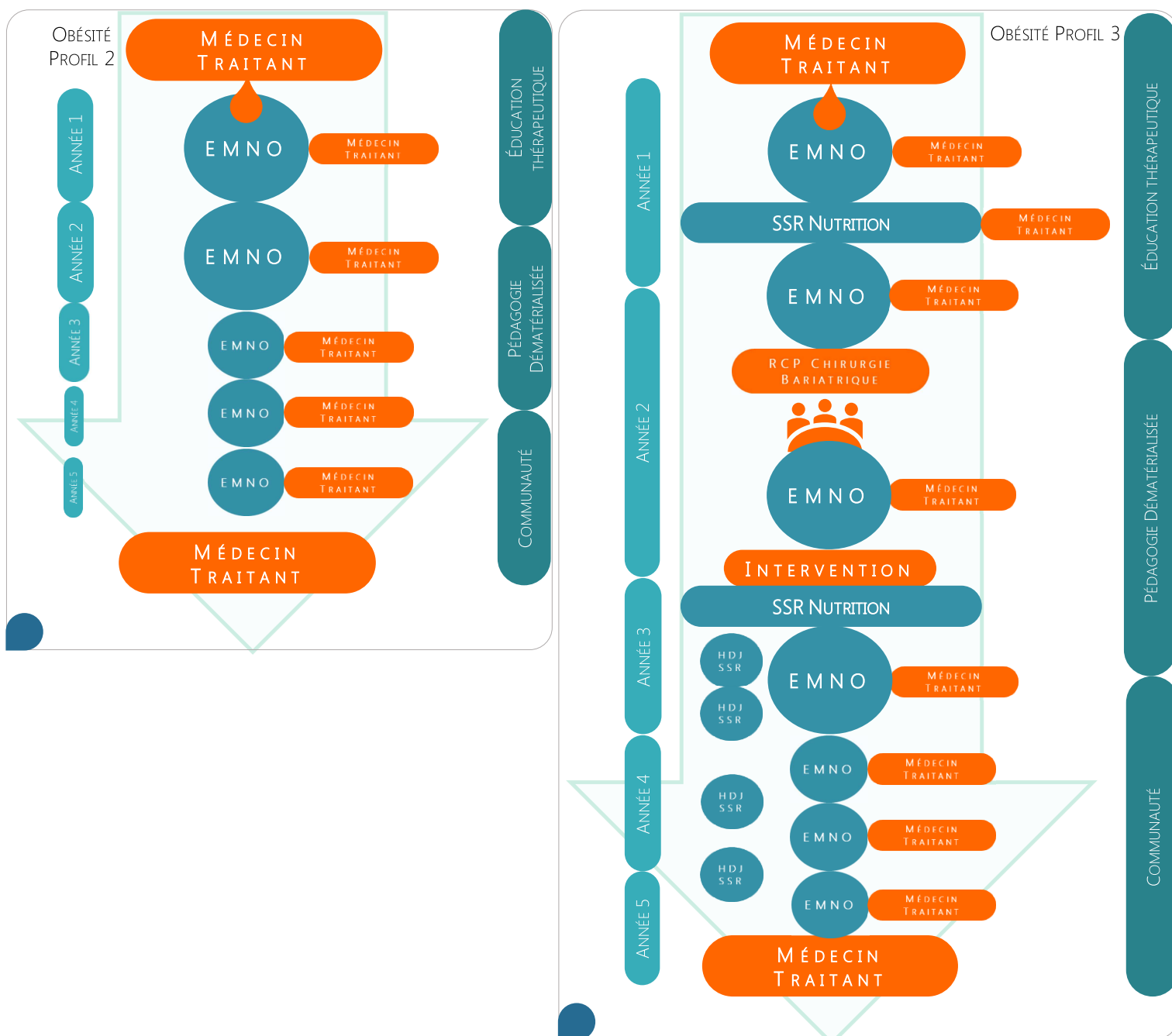
Tous les patients inclus dans un de ces protocoles de soins ont accès à la plateforme en ligne et à des modules pédagogiques adaptés à leur profil et leur avancement dans le parcours de soins

¹ Voir annexe 7 – protocoles de soins

4. Plan Personnalisé de Soins

En articulation avec les ateliers dématérialisés sera réalisé un **plan personnalisé de soins**¹⁴ (PPS) pour chaque patient correspondant à chaque profil. La feuille de route ainsi que la progression du patient au sein de ce PPS sera accessible en ligne par les professionnels du **cercle de soins via ETICSS**. Les synthèses personnalisées pluridisciplinaire seront contenues dans ETICSS.

Les 2 schémas ci-dessous modélisent le parcours des patients (exemple pour 2 profils) sur 5 ans.



¹⁴ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa

5. Activité Physique Adaptée

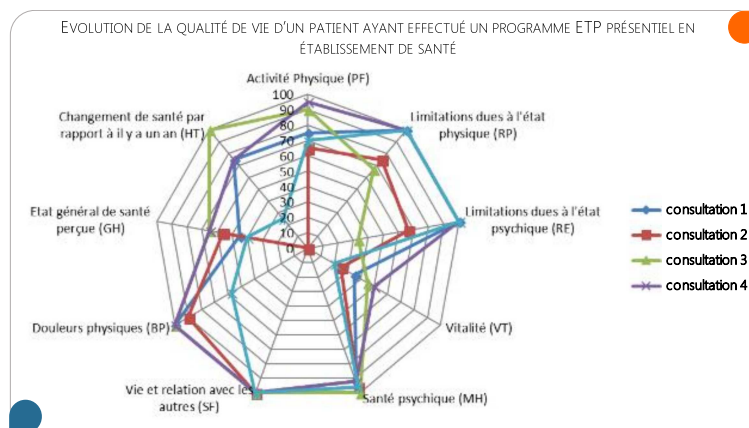
- **Lutte contre la sédentarité** : bien au-delà de l'activité sportive, la notion de sédentarité est abordée avec les patients, elle est bien plus problématique que l'absence de « sport ».
- **Intégrée lors des entretiens IDE** : lors de chaque entretien, la notion d'activité physique est abordée, évaluée et discutée avec l'infirmière dans le cadre de l'ETP et de l'entretien motivationnel.
- **Module pédagogique APA** : un module de la plateforme est dédié à l'activité physique dont l'objectif est de permettre l'acquisition de connaissances et compétences sur cette thématique. Ce module sera validé par le Réseau Sport Santé BFC.
- **Pourquoi ne pas avoir intégré l'APA sur site ?** Cette perspective envisageable aurait demandé aux usagers de venir régulièrement sur site ce qui aurait été problématique financièrement et en terme de compliance. S'articuler avec le réseau de proximité existant a été la solution la plus pertinente pour permettre une régularité des pratiques. L'articulation est effective avec le Réseau Sport Santé BFC qui est partenaire de l'expérimentation. D'autre part, à l'initiative du Dr Gauthier, une HDJ nutrition-APA avec ETP se met en place sur un SSR RGDS (Les Rosiers) également partenaire.

6. Suivi et évaluation du patient

L'obésité maladie altère de manière significative la santé dans l'ensemble des ses dimensions, avec en particulier une atteinte importante de la qualité de vie. Suivre cette donnée qualitative est un élément essentiel du processus d'évaluation (partie X.1).

ZOOM QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE SF-36¹

Le MO SF-36 est un questionnaire de qualité de vie explorant l'ensemble des sphères : physique, émotionnelle, vitalité, sociale, état général et perception de l'évolution. Reconnu à l'échelle internationale, ce questionnaire permet d'avoir une vision large évolutive et comparative de la qualité de vie des patients. En effet, les critères anthropométriques et biologiques sont bien souvent dépassés dans des situations complexes et comportementales. Les résultats du questionnaire peuvent être représentés sous la forme de « radars » pour simplifier leur analyse.



¹voir annexe VI – Evaluation de la qualité de vie

Associé à ces données évolutives de qualité de vie, seront associées de données anthropométriques :

- ♦ Tour de taille et tour de taille/taille

- ◆ Poids et IMC
- ◆ Indice de masse grasse et Indice de masse maigre / Masse musculaire squelettique / Masse grasse

II. Impacts attendus

Impacts attendus



III. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue sur 5 ans avec un recrutement progressif jusqu'à 3,5 ans pour permettre un suivi minimal de 12 mois et maximal de 4,5 ans indispensable pour avoir suffisamment de recul dans le cadre de l'obésité, de la chirurgie bariatrique et des changements comportementaux.

Pour inscrire le projet dans le processus de l'expérimentation article 51 et limiter l'expérimentation à 5 ans, soit 60 mois, en prévoyant une évaluation de tous les patients inclus, le calendrier est proposé de la façon suivante.

1^{ère} phase - Construction en cours : une « V1 » de la plateforme possédant toute la structure informatique (premiers modules, évaluations, forum) sera opérationnelle en janvier 2019. Dans le cadre de l'expérimentation, il sera nécessaire d'ajouter les nouveaux modules avec leurs évaluations sur la plateforme déjà existante (l'architecture informatique sera déjà existante).

Les salariés sont identifiés car l'EMNO est déjà en place avec une équipe thérapeutique complète et formée.

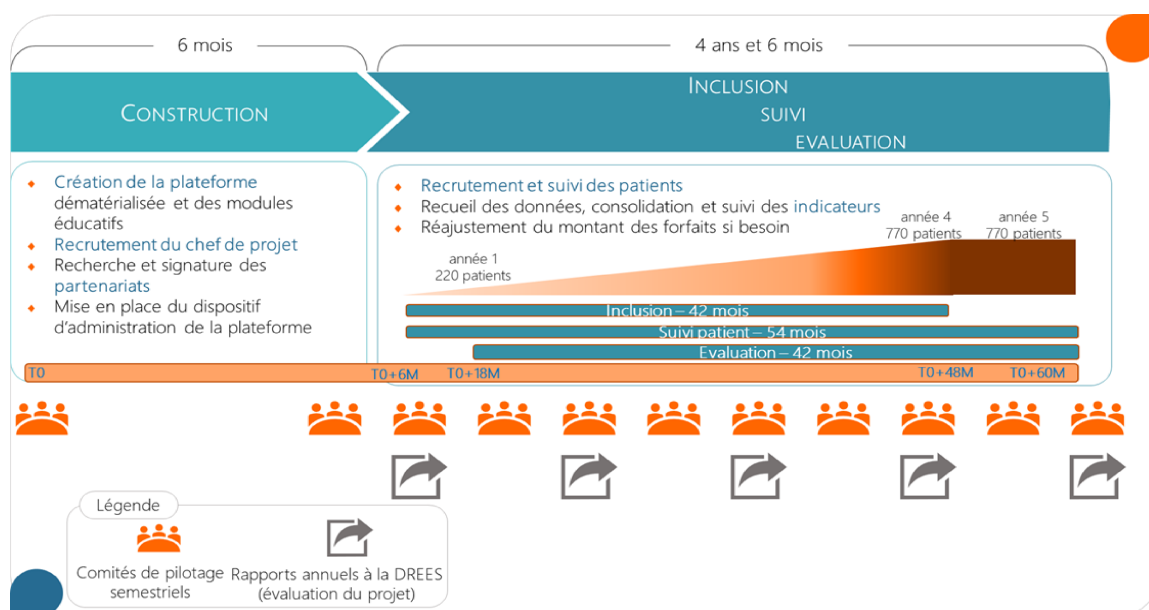
Etant donné l'envergure de l'expérimentation, le chef projet est à recruter.

2^{ème} phase

- ♦ Inclusion : Les patients pourront être inclus à partir de T0+6 mois, jusqu'à T0+48 mois.
- ♦ Evaluation : le suivi préconisé est de 5 ans. Dans la configuration de l'expérimentation, la durée de suivi des patients s'étendra de 12 mois (pour les patients inclus à T+48 mois) à 54 mois, soit 4,5 ans (pour les patients inclus à T0+6 mois). La durée de leur suivi dépendra de la date à laquelle ils ont été intégrés dans l'expérimentation.

Ainsi, tous les patients inclus seront pris en compte dans l'évaluation de l'expérimentation. **Les processus évaluatifs mis en place se feront annuellement.**

La date du T0 est conditionnée par l'examen et la décision du comité technique du dispositif article 51. La structure et l'activité actuelles du porteur permettent de démarrer dès lors que l'autorisation de l'expérimentation est donnée.



IV. Champ d'application territorial

1. Eléments de diagnostic

♦ Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.

1. Contexte et constats

La coordination actuelle en BFC, dans le cadre d'un possible parcours complet obésité n'est pas un modèle de collaboration, ni en action ni en construction. Il se rapproche actuellement beaucoup plus d'un modèle en inertie avec des principes monopolistiques sans concertation, prédominés par une prise en charge hospitalo-centrée (observée en Bourgogne-Franche-Comté)

Ce constat se manifeste par un parcours territorial quasi inexistant sans concertation, comme le souligne le diagnostic régional réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne Franche-Comté pour le compte de l'ARS BFC¹⁵. La réalité actuelle d'un « parcours » se rapproche plus d'un enchaînement de programmes, actes libéraux, hospitalisations sans véritablement de lien alors que **l'intérêt d'une coordination globale, garante d'une coordination de soins**, est connue.) -Voir annexe VII – Intérêt d'une coordination globale pour une description détaillée de l'Étude comparée de la collaboration inter-organisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité, par le groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'université de Montréal, 2003

Maladie chronique complexe, l'obésité correspond à la **logique de parcours impliquant une autonomisation du patient**. Cependant, ce constat actuel d'enchaînement de thérapeutiques sans cohérence a notamment pour conséquence de créer une dépendance du patient vis-à-vis du système de soins.

♦ L'organisation territoriale de la région BFC induit un « effet centre » qui crée des problématiques d'éloignement géographique impactant la régularité et la durée du suivi.

♦ On note également un recours à la chirurgie bariatrique bien supérieur à la moyenne française – voir annexe I – Chirurgie Bariatrique en BFC¹⁸.

2. Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté (PRS BFC)

Parmi les 13 parcours de santé composant le PRS BFC figure le parcours nutrition-santé auquel est attaché un comité stratégique composé d'une quarantaine d'acteurs de la thématique. Ce comité a fixé 3 objectifs généraux dans le PRS, parmi lesquels « Améliorer la **pertinence de la prise en charge** de l'obésité des adultes et des jeunes de moins de 18 ans, dans une logique de graduation du parcours du patient ». Cet objectif se décline en objectifs opérationnels dont l'un d'eux consiste à « mettre en place un **réseau de prise en charge de l'obésité adulte intégrant les Centres Spécialisés de l'Obésité (CSO)**, ce qui peut se traduire, par exemple, par la **valorisation des programmes ETP dans la prise en charge ou l'amélioration de la prise en charge de l'obésité sévère** (hors chirurgie

¹⁵ Filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté : Diagnostic régional et pistes d'actions ; décembre 2017 ; ORS BFC

<https://www.orsbfc.org/publication/filiere-de-prise-en-charge-de-lobesite-chez-ladulte-en-bourgogne-franche-comte-diagnostic-regional-et-pistes-dactions/>

Annexe III

bariatrique) et du suivi des patients opérés en chirurgie bariatrique¹⁶ ». Des groupes de travail ad hoc réunissant des professionnels de santé de la région ont été mis en place par l'ARS BFC, afin de co-construire les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces différents objectifs.

3. eTICSS

L'ARS BFC développe des solutions numériques au service de la santé, notamment à travers **eTICSS** (eTerritoire Innovant Coordonné Santé Social) qui est **une plateforme régionale de coordination et de partage numérique**, mise à disposition des professionnels de santé. Ses fonctionnalités sont étudiées de manière à répondre aux besoins des différents parcours, **en particulier pour les pathologies chroniques, dont l'obésité**. Si la plate-forme numérique eTICSS est ouverte actuellement aux professionnels (suivi partagé à travers un cercle de soins), sa stratégie de développement est déjà prévue, par étapes successives, avec par exemple l'ouverture d'un portail destiné aux patients ou encore des services qui évolueront vers plus de mobilité (smartphone ...), ce qui permettra de faire un lien entre l'outil numérique obésité et le portail patient d'eTICSS



Le développement d'eTICSS prévoit une phase expérimentale pour la partie obésité, dont l'EMNO sera le préfigurateur. Le planning de mise en œuvre est en cours de définition, la première étape déjà initiée, consiste à définir les besoins des utilisateurs qui donneront lieu à des spécifications techniques et fonctionnelles : intégration (identification du patient ou création de l'identité du patient si non présent dans eTICSS et ouverture du dossier possibles par l'équipe de l'EMNO sur la base des 5 traits d'identité-vigilance, insertion d'un formulaire unique pour saisie par les professionnels de l'EMNO du bilan éducatif initial et des synthèses pluri-disciplinaires, avec des données quantitatives comme les données anthropométriques et des éléments qualitatifs – réflexion en cours sur l'intégration du questionnaire qualité de vie, qui seront partagés avec les autres professionnels intervenant dans le parcours du patient) et adaptation eTICSS aux besoins utilisateurs. Les phases suivantes seront une phase de conception et une phase de réalisation par les équipes eTICSS avec une fin de développement prévue en juin ou en septembre 2019 (selon calendrier de phases de mise en production de l'ARS).

4. Mise en place d'un volet additionnel CAQES dédié à la chirurgie bariatrique en Bourgogne-Franche-Comté dans le cadre de la pertinence des actes

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES), tri-partite entre l'ARS, l'assurance-maladie et les établissements de santé comprend un volet obligatoire et des volets additionnels relatifs à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé dont le champ d'application correspond aux domaines définis comme prioritaires par le Plan d'Actions Pluriannuel Régional de l'Amélioration et de la Pertinence des Soins (PAPRAPS).

L'IRAPS BFC (Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins) a identifié et validé la chirurgie bariatrique comme priorité régionale. Sur la base du guide de la charte des bonnes

¹⁶ Schéma régional de santé, partie 1 p184, PRS 2018-2028 BFC
<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>

pratiques de la RCP chirurgie bariatrique et d'un modèle de fiche RCP, élaborés par le groupe de travail chirurgie bariatrique du Parcours Nutrition-Santé, chaque établissement de BFC signera début 2019 un volet additionnel pertinence sur la chirurgie bariatrique. Ce contrat contient des critères assortis d'indicateurs qui permettront d'évaluer annuellement l'établissement et alimenteront un dispositif de sanctions ou intéressement financier pour l'établissement.

5. Travaux de la DGOS sur les évolutions des établissements SSR

L'expérimentation constitue un des éléments de réponse aux propositions issues des récents travaux démarrés par **la DGOS sur les évolutions souhaitables des établissements SSR**¹⁷ et notamment avec les recommandations formulées par le sous-groupe de travail **dédié aux SSR spécialisés Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien**:

- ♦ Coordination globale d'un parcours de soins (incluant les établissements de santé de ce parcours dont font partie les SSR nutrition).
- ♦ Importance de l'environnement proche du malade chronique. Atteindre l'environnement et l'entourage est toujours très complexe et pourtant indispensable dans le cadre des démarches thérapeutiques comportementales des maladies chroniques comme l'obésité.
- ♦ Intérêt de la e-santé et de la dématérialisation qui offre la possibilité de créer un parcours thérapeutique pédagogique (et non un enchaînement d'actes) basé sur un processus pédagogique moderne à l'image du e-learning, désormais très répandu dans les universités.

6. Champ d'application territorial

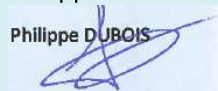
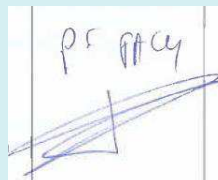
	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	OUI	Côte-d'Or et départements limitrophes
Régional	OUI/NON	
Interrégional	NON	
National	NON	

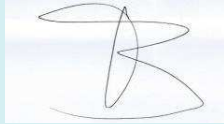
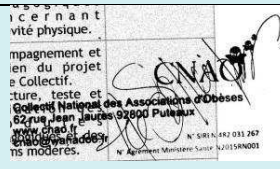
L'expérimentation est conçue pour avoir une portée locale et / ou régionale. Le recrutement des patients et l'intégration de partenaires au projet se limitera donc au département de la Côte-d'Or et aux départements limitrophes. Se limiter à un seul territoire départemental serait trop restrictif étant donné la provenance actuelle des patients.

¹⁷ Voir annexe 2 – conclusions du sous-groupe de travail DGOS SSR nutrition

V. Présentation du porteur et des partenaires de l'expérimentation

1. Porteur et partenaires

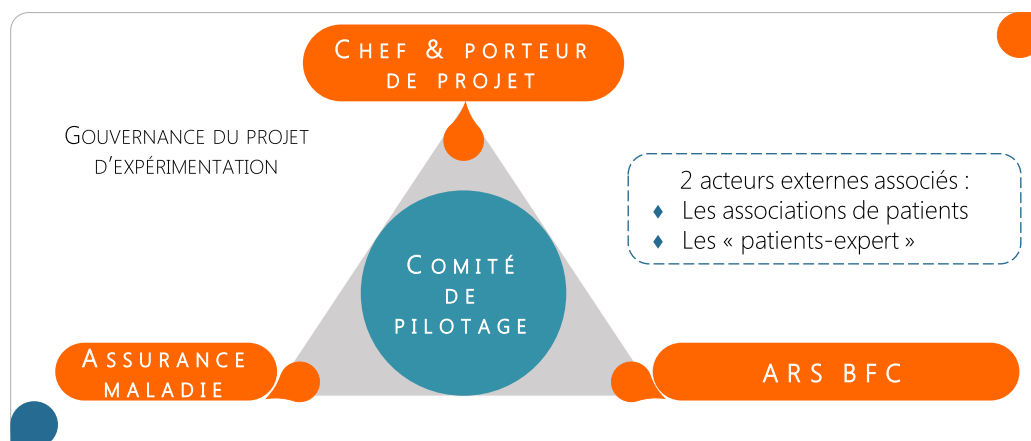
	Entité juridique et/ou statut	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation	Signatures
Porteur :	EMNO 4 rue Lounes Matoub 21000 DIJON	Dr Cyril GAUTHIER contact@drgauthier-nutrition- obesite.fr 07 77 44 06 85		
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	RamsayGDS	Dr Philippe SOUCHOIS Directeur des opérations adjoint Qualité, Risques, Filières de soins et Cancérologie p.souchois@ramsaygds.fr Éric CALDERON Directeur Pôle RGDS Bourg-Chalon e.calderon@ramsaygds.fr Philippe CARBONEL Directeur Pôle RGDS Dijon p.carbonel@ramsaygds.fr Philippe DUBOIS Directeur Clinique du Chalonnois p.dubois@ramsaygds.fr Sébastien NAIGEON Directeur Clinique des Rosiers s.naigeon@ramsaygds.fr	Appui logistique avec les établissements RGDS du parcours (MCO avec filière médico-chirurgicale obésité / SSR nutrition-obésité / HDJ nutrition-APA. Partage d'équivalents temps plein concernant certains métiers supports. Implication du Référent Nutrition Obésité RGDS. Financement de 10000€ accordé par la Fondation RGDS à la plateforme. Articulation avec HDJ Nutrition-APA SSR les Rosiers.	Dr Philippe SOUCHOIS  Éric CALDERON  Philippe CARBONEL  Philippe DUBOIS  Sébastien NAIGEON 
	<u>CSO-CHU Dijon</u>	Pr Olivier FACY olivier.facy@chu-dijon.fr	Collaboration entre les niveaux 1-2 et 3. Recours à la chirurgie de situations complexes. Participation et coordination des RCP de chirurgie bariatrique des départements 21,71 et 58.	Pr Olivier FACY 

	Entité juridique et/ou statut	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation	Signatures
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	<u>Conseil National des Professionnels en Nutrition</u>	Dr Pascal SCMIDT Président CNP Nutrition	Accompagnement et soutien du projet. Avis consultatifs.	
	<u>Fédération Nationale Des Médecins Nutritionnistes</u>	Dr Jean KHEMIS Président FNAME president@fnamn.fr	Accompagnement et soutien du projet par la Fédération. Relecture et validation des modules pédagogiques.	
	Association Française des Diététiciennes Nutritionnistes	Isabelle PARMENTIER Présidente CA	Accompagnement et soutien du projet par l'Association. Relecture et validation des modules pédagogiques.	Accord par mail Attente signature
	<u>Réseau Sport Santé Bourgogne Franche Comté</u>	Marie-Lise THOLLET Chef de projet RSSBFC marie-lise.thiollet@rssbfc.fr	Collaboration permettant la mise en place d'une activité physique adaptée de proximité au sein du réseau régional. Relecture et validation des modules pédagogiques concernant l'activité physique.	
	Collectifs National des Associations d'Obèses	Anne-Sophie JOLY Présidente asjoly.cnao@orange.fr	Accompagnement et soutien du projet par le Collectif. Relecture, teste et validation des modules pédagogiques et des forums modérés.	
	ELISEA	Amandine CHARDON Présidente elisea25000@gmail.com	Relecture, teste et validation des modules pédagogiques et des forums modérés.	
	Pèse Plume 71	Sébastien GOUSSARD Président peseplume71@gmail.com	Relecture, teste et validation des modules pédagogiques et des forums modérés.	
	MSP Tournus		Articulation avec MSP ayant un programme ETP obésité. Utilisation de la plateforme.	En cours
	MSP Orgelet	Catherine GORCE catherinegorce@worldonline.fr	Articulation avec MSP ayant un programme ETP obésité. Utilisation de la plateforme.	En cours

2. Gouvernance

Un Comité de pilotage sera créé et constitué du porteur de projet, le chef de projet de l'expérimentation qui pourra aussi solliciter des patients-experts, des représentants de l'ARS BFC ainsi que des représentants de l'assurance maladie (locale).

Gouvernance



Le **porteur de projet** est l'initiateur de l'expérimentation. Il assure avec le chef de projet le comité de pilotage (tous les 6 mois) dont les principales missions sont :

- ♦ Suivre les évaluations en analysant les indicateurs
- ♦ Réévaluer les prestations forfaitaires
- ♦ Assurer le cadre collaboratif en action entre les acteurs/partenaires de l'expérimentation
- ♦ Faire le lien avec le comité stratégique du parcours nutrition santé ARS sur demande de l'une ou l'autre des parties

Le **chef de projet** assiste le porteur du projet sur les missions de coordination, de promotion et communication d'expérimentation.

VI. Catégories d'expérimentations

L'expérimentation proposée décrite ci-dessous se rattache à la catégorie « **organisations innovantes** ». Plus particulièrement, il s'agit d'une **structuration pluriprofessionnelle des soins ambulatoires** avec promotion du **partage de compétences** et **utilisation d'outils numériques** favorisant cette organisation (catégorie Art. R. 162-50-1 – I-2° a et c).

Afin de pouvoir mener cette expérimentation, il est nécessaire de déroger aux **règles de financement de droit commun**, plus particulièrement aux articles du code de la sécurité sociale relatives au remboursement, à la tarification et à la participation de l'assuré

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1-I-1°)	Cocher
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1-I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X

VII. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	Le droit commun ne prend pas en charge les consultations des métiers supports (IDE d'éducation thérapeutique, psychologue, diététicienne)
<u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u> • Facturation, • Tarification, • Remboursement, • Paiement direct des honoraires par le malade, • Frais couverts par l'assurance maladie • Participation de l'assuré • Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux	Remboursement, tarification et participation de l'assuré

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?

Limites des règles d'organisation actuelles

Absence de plateforme pédagogique
Absence de coordination financée

Déroptions organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°):

- Partage d'honoraires entre professionnels de santé
- Prestations d'hébergement non médicalisé
- Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements
- Dispensation à domicile des dialysats

La e-santé est souvent résumée par la téléconsultation et télé-expertise. Néanmoins les modalités modernes de e-learning des grandes universités associant approches dématérialisées et présentiels nous permettent d'envisager des ressources pédagogiques en santé dans le cadre des maladies chroniques comportementales dont l'obésité est l'archétype.

Le coordination du parcours étant un élément essentiel de la pertinence thérapeutique et économique n'est actuellement pas financée par le système de soins.

VIII. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :

1. Effectifs

Les inclusions des patients seront réparties sur l'ensemble des profils et sur une durée de 5 ans pour atteindre une file active de 1100 personnes à la 5e année. 220 personnes sont incluses par année d'expérimentation, soit un effectif de 1100 atteint à 5 ans. Après 5 années de suivi, les patients de l'année 1 quittent l'expérimentation sont remplacés et sont renouvelés par 220 nouvelles inclusions maintenant ainsi la file active à 1100. Cette file active permet un suivi de 5 ans pour tout patient inclus tout en étant à l'équilibre d'un point de vue économique.

Effectif patients *		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6 ...
OBÉSITÉ PROFIL 1	Inclusion patients	50	50	50	50	50	50
	Cumul patients	50	100	150	200	250	250
OBÉSITÉ PROFIL 2	Inclusion patients	40	40	40	40	40	40
	Cumul patients	40	80	120	160	200	200
OBÉSITÉ PROFIL 3	Inclusion patients	40	40	40	40	40	40
	Cumul patients	40	80	120	160	200	200
CHIRURGIE BARIATRIQUE	Inclusion patients	50	50	50	50	50	50
	Cumul patients	50	100	150	200	250	250
TCA	Inclusion patients	40	40	40	40	40	40
	Cumul patients	40	80	120	160	200	200
TOTAL	Cumul patients expérimentation	220	440	660	880	1100	1100

*dans le cadre de l'équilibre avec inclusion des patients pendant 5 ans (pas d'interruption des inclusions à 48 mois).

Après 5 années : sortie des patients inclus la première année (suivi 5 ans), remplacés par les patients inclus la 6^e année maintenant la file active à 1100 patients/an

Pour répondre au cahier des charges de l'expérimentation en terme de durée, la période d'inclusion des patients est réduite à 3,5 ans, de même que la période de suivi pour des besoins d'évaluation. La durée de suivi variera de 1 à 4,5 ans, en fonction de la date d'inclusion au cours des 5 ans de l'expérimentation. Cette organisation permettra d'inclure 770 patients sur les 5 années de l'expérimentation.

Effectif patients expérimentation*

		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
OBÉSITÉ PROFIL 1	Inclusion patients	50	50	50	25	0
	Cumul patients	50	100	150	175	175
OBÉSITÉ PROFIL 2	Inclusion patients	40	40	40	20	0
	Cumul patients	40	80	120	140	140
OBÉSITÉ PROFIL 3	Inclusion patients	40	40	40	20	0
	Cumul patients	40	80	120	140	140
CHIRURGIE BARIATRIQUE	Inclusion patients	50	50	50	25	0
	Cumul patients	50	100	150	175	175
TCA	Inclusion patients	40	40	40	20	0
	Cumul patients	40	80	120	140	140
TOTAL	Cumul patients expérimentation	220	440	660	770	770

*dans le cadre de l'expérimentation avec arrêt des inclusions à 48 mois permettant un suivi minimum d'un an pour les derniers patients inclus (4^e année)

Le modèle économique proposé infra est un schéma de financement à l'équilibre, permettant la soutenabilité et la pérennité du projet proposé, reposant sur les montants des forfaits affichés, tenant compte de l'activité réelle et continue de l'EMNO, sans interruption à T0+48 mois, avec une file active de 1100 patients à 5 ans. Dans ce modèle économique équilibré, il y a chaque année de 220 nouveaux patients, ce que ne permet pas l'expérimentation – voir supra. Néanmoins, le déficit généré par le contexte spécifique de l'expérimentation (stopper l'inclusion avant 5 ans pour permettre une évaluation de minimum une année pour les derniers patients inclus) est calculé dans la partie IX.

Afin de réaliser cette expérimentation sans biais dans l'inclusion des patients, et en assurant une égalité d'accès aux soins, il nous semble important de supprimer le reste à charge. C'est à dire qu'il nous paraît nécessaire de **financer l'intégralité du parcours de chaque patient**.

Pour cela, nous proposons un financement dérogatoire forfaitaire de l'activité, avec **3 forfaits, annuels**, pour chaque patient inclus dans l'expérimentation. **Ces forfaits correspondent à 3 niveaux d'intensité de la prise en charge et couvrent le coût global des soins, à la fois en présentiel (consultations), et « hors les murs » (accès à la plateforme).**

GRADUATION DES FORFAITS

FORFAIT 1 = 135 €	FORFAIT 2 = 255 €	FORFAIT 3 = 465 €
◆ Accès à la plateforme et aux modules éducatifs ◆ 1 consultation avec le médecin ◆ 2 consultations avec l'infirmière ◆ Si besoin, accès aux autres métiers supports. ◆ Suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination)	◆ Accès à la plateforme et aux modules éducatifs ◆ 6 consultations dont au moins : ◆ ≥1 avec le médecin ◆ ≥2 avec l'infirmière ◆ 1 avec la diététicienne ◆ 1 avec la psychologue ◆ Suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination)	◆ Accès à la plateforme et aux modules éducatifs ◆ 11 consultations dont au moins : ◆ >2 avec le médecin ◆ ≥4 avec l'infirmière ◆ ≥2 avec la diététicienne ◆ >1 avec la psychologue ◆ Suivi du patient (dématérialisé, présentiel, communauté pédagogique, plateforme, coordination)

METHODE DE CALCUL DES FORFAITS (PARTIE IX)

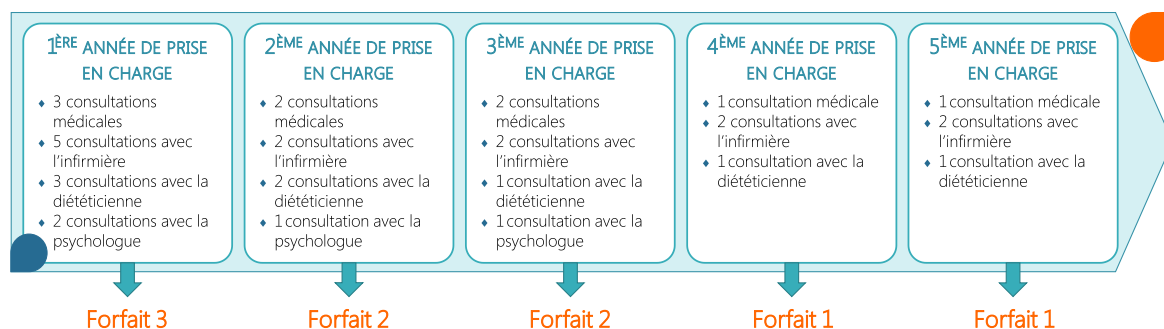
Les forfaits ont été calculés à partir des coûts réels des prises en charge selon 5 protocoles de soins définis par le Dr Gauthier. Ces protocoles sont déduits de la définition de 5 profils de patients (page 18) avec des protocoles de prise en charge associés sur 5 ans.

- ♦ **Obésité, profil 1 .**
- ♦ **Obésité, profil 2**
- ♦ **Obésité, profil 3**
- ♦ **Chirurgie bariatrique**
- ♦ **Troubles du comportement alimentaire (TCA)**

A partir de ces protocoles, les phases de prise en charge ont été distinguées, en **fonction de l'intensité de la prise en charge**, en trois catégories. Les trois forfaits ont été calculés à partir de la **moyenne des coûts dans chaque catégorie** .

Par exemple, pour un patient atteint d'obésité complexe (« Obésité, profil 3 »), le financement de son parcours se décomposerait comme suit :

EXEMPLE DE FINANCEMENT DU PARCOURS D'UN PATIENT EN OBÉSITÉ COMPLEXE



Nombre de forfaits par année*	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 6
Forfait 1	0	90	180	310	440	440
Forfait 2	50	140	270	360	450	450
Forfait 3	170	210	210	210	210	210

*dans le cadre de l'équilibre avec inclusion des patients pendant 5 ans (pas d'interruption des inclusions à 48 mois).

Après 5 années : sortie des patients inclus la première année (suivi 5 ans), remplacés par les patients inclus la 6^e année maintenant la file active à 1100 patients/an

Nombre de forfaits par année*	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Forfait 1	0	90	180	310	395
Forfait 2	50	140	270	335	355
Forfait 3	170	210	210	125	20

*dans le cadre de l'expérimentation avec arrêt des inclusions à 48 mois permettant un suivi minimum d'un an pour les derniers patients inclus (4^e année)

Cette organisation permettra d'inclure 770 patients sur les 5 années de l'expérimentation

7. Méthode de calcul des forfaits

Chaque forfait repose sur le calcul des coûts réels des prises en charge selon les protocoles de soins définis par le Dr Gauthier. (voir annexe précédente).

Pour chaque protocole a été calculé le coût total, par patient, de chaque année de prise en charge. Celui-ci inclut le coût direct de la prise en charge qui correspond à la rémunération des professionnels pour les temps de consultations, l'accès à la plate-forme et les coûts de structure indirect.

La rémunération des professionnels de l'expérimentation a été calculée sur la base des salaires actuels.

Les coûts unitaires d'une consultation correspondant aux salaires chargés considérés sont listés ci-dessous :

COÛTS PAR CONSULTATION CORRESPONDANT AU SALAIRE CHARGÉ	
Consultation médicale	34,01 €
Consultation IDE	12,61 €
Consultation diététicienne	11,09 €
Consultation psychologue	23,20 €
Heure de secrétariat	19,17 €
COÛTS DE STRUCTURE (ANNUELS)	
Maintenance plateforme	2 160 €
Locaux	15 000 €
Consommables	2 500 €
Coordination	60 000 €
COÛTS D'ACCÈS PLATEFORME	
Coût annuel par patient	30 €

Les coûts de structure sont répartis au pro-rata du temps passé par le patient dans les locaux (somme des durées des consultations) associés aux coûts de coordination et d'évaluation du process expérimental. On obtient ainsi les coûts suivants, par année du parcours de soins :

		Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Obésité profil 1	Coûts directs + secrétariat	125,00 €	49,81 €	49,81 €	49,81 €	49,81 €
	Coûts indirects hors secrétariat	59,44 €	18,58 €	18,58 €	18,58 €	18,58 €
	Coûts accès plateforme	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Total	214,44 €	98,39 €	98,39 €	98,39 €	98,39 €
Obésité profil 2	Coûts directs + secrétariat	218,52 €	87,79 €	64,10 €	64,10 €	64,10 €
	Coûts indirects hors secrétariat	122,60 €	52,01 €	29,72 €	29,72 €	29,72 €
	Coûts accès plateforme	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Total	371,12 €	169,80 €	123,82 €	123,82 €	123,82 €
Obésité profil 3	Coûts directs + secrétariat	254,33 €	145,01 €	133,92 €	99,91 €	99,91 €
	Coûts indirects hors secrétariat	156,03 €	81,73 €	70,59 €	63,16 €	63,16 €
	Coûts accès plateforme	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Total	440,36 €	256,74 €	234,51 €	193,07 €	193,07 €
Chirurgie bariatrique	Coûts directs + secrétariat	244,91 €	170,22 €	125,13 €	125,13 €	125,13 €
	Coûts indirects hors secrétariat	144,89 €	104,02 €	85,45 €	85,45 €	85,45 €
	Coûts accès plateforme	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Total	419,80 €	304,24 €	240,58 €	240,58 €	240,58 €
TCA	Coûts directs + secrétariat	305,45 €	265,05 €	157,12 €	133,92 €	133,92 €
	Coûts indirects hors secrétariat	200,61 €	193,18 €	92,88 €	70,59 €	70,59 €
	Coûts accès plateforme	30 €	30 €	30 €	30 €	30 €
	Total	536,06 €	488,23 €	280,00 €	234,51 €	234,51 €

Les coûts annuels sont regroupés en 3 classes de coûts :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Coût total	Cout moyen/an
OBÉSITÉ PROFIL 1	214,44 €	98,39 €	98,39 €	98,39 €	98,39 €	608,00 €	121,60 €
OBÉSITÉ PROFIL 2	371,11 €	169,80 €	123,82 €	123,82 €	123,82 €	912,37 €	182,47 €
OBÉSITÉ PROFIL 3	440,36 €	256,74 €	234,50 €	193,06 €	193,06 €	1 317,72 €	263,54 €
CHIRURGIE BARIATRIQUE	419,80 €	304,24 €	240,57 €	240,57 €	240,57 €	1 445,76 €	289,15 €
TCA	536,06 €	488,23 €	280,00 €	234,50 €	234,50 €	1 773,29 €	354,66 €

Pour chaque classe de coûts, on calcule un forfait correspondant à la moyenne des coûts, majorée d'un « bonus risque » en fonction de l'écart-type des coûts :

		Moyenne	Ecart-type	"Bonus risque"
Forfait 1	135 €	132,09 €	38,88 €	2%
Forfait 2	255 €	248,06 €	52,83 €	3%
Forfait 3	465 €	451,11 €	31,32 €	3%

Les critères d'attribution des forfaits en fonction des profils incitent à la qualité, dans le cadre de l'expérimentation, le suivi d'indicateurs de processus et de résultats qualitatifs permettra de démontrer cet aspect.

IX. Modalités de financement de l'expérimentation

1. Budget prévisionnel

Le budget proposé est divisé en deux parties :

- ♦ la **phase de construction** (6 mois), au cours de laquelle sont financées : le début de coordination des acteurs, l'intégration et articulation de la plateforme à l'expérimentation et la recherche de partenariats par le chef de projet (crédits FIR).
- ♦ la **phase de fonctionnement expérimental** (4 ans et 6 mois) au cours de laquelle le financement FISS augmente avec l'inclusion des patients tandis que la subvention FIR d'aide au démarrage diminue. Cette aide au démarrage permet de financer à la fois les missions correspondantes du chef de projet et la maintenance de la plateforme pendant la montée en charge (lorsque la file active cible est atteinte, la maintenance est entièrement incluse dans les forfaits).

Page suivante est présenté un budget simplifié ; le budget détaillé se trouve en annexe¹⁸.

¹⁸ Voir annexe IX – Budget prévisionnel détaillé

PHASE DE CONSTRUCTION (T0 à T0+6mois)			
Dépenses		Recettes	
Recherche de partenariats (chef de projet)	25 000 €		
Mise en place des modules et coordination	22 500 €	Subvention FIR pour l'ingénierie et aide au démarrage	47 500 €
TOTAL	47 500 €	TOTAL	47 500 €
		Part FIR	47 500 €
ANNEE 1 (T0+6mois à T0+18mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins et de coordination	69 794 €	Forfaits (220 patients)*	91 800 €
Accès plateforme (220 patients)	6 600 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour l'aide au démarrage	37 621 €
Charges de structure	6 050 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	77 714 €		
Provisions pour risque	6 763 €		
TOTAL	174 421 €	TOTAL	174 421 €
		Part FISS	91 800 €
		Part FIR	82 621 €
ANNEE 2 (T0+18mois à T0+30mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins et de coordination	113 924 €	Forfaits (440 patients)*	145 500 €
Accès plateforme (440 patients)	13 200 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour l'aide au démarrage	24 629 €
Charges de structure	10 004 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	66 416 €		
Provisions pour risque	4 084 €		
TOTAL	215 129 €	TOTAL	215 129 €
		Part FISS	145 500 €
		Part FIR	69 629 €
ANNEE 3 (T0+30mois à T0+42mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins et de coordination	145 830 €	Forfaits (660 patients)*	190 800 €
Accès plateforme (660 patients)	19 800 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour l'aide au démarrage	15 883 €
Charges de structure	12 666 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	58 811 €		
Provisions pour risque	7 076 €		
TOTAL	251 683 €	TOTAL	251 683 €
		Part FISS	190 800 €
		Part FIR	60 883 €
ANNEE 4 (T0+42mois à T0+54mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins et de coordination	152 672 €	Forfaits (770 patients)*	185 400 €
Accès plateforme (770 patients)	23 100 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour l'aide au démarrage	7 941 €
Charges de structure	15 428 €	FISS compensation expérimentation	12 265 €
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	51 906 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
TOTAL	250 606 €	TOTAL	250 606 €
		Part FISS	197 665 €
		Part FIR	52 941 €
ANNEE 5 PARTIELLE (T0+54mois à T0+60mois) - FIN DE L'EXPERIMENTATION			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins et de coordination	71 339 €	Forfaits (770 patients)*	76 576 €
Accès plateforme (770 patients)	23 100 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	22 500 €
Maintenance plateforme	3 750 €	FISS compensation expérimentation	7 264 €
Charges de structure	8 750 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Suivi et pilotage de l'expérimentation	22 500 €		
TOTAL	106 340 €	TOTAL	106 340 €
		Part FISS	83 840 €
		Part FIR	22 500 €

Dans le cadre de l'expérimentation avec arrêt des inclusions la quatrième année, un déficit est généré. Ce déficit n'est pas présent si les inclusions sont poursuivies (Annexe XII) car les forfaits sont lissés sur 5 années pour 1100 patients. L'arrêt des inclusions en 4e année ne permettant pas ce lissage sur 5 ans avec une diminution du nombre des patients (770) et donc du nombre de forfaits.

Ce déficit, généré par l'arrêt des inclusions pour répondre au processus d'expérimentation, est reporté sur une ligne FIR « Compensation expérimentation » pour que le coût global de l'expérimentation soit couvert.

En synthèse, les financements demandés dans le cadre de l'expérimentation « Article 51 » (arrondis au millier d'euros) sont les suivants :

	FISS	FIR
Lancement (6 mois)		47 500 €
Année 1	92 000 € (dont 6600€ d'accès plateforme)	83 000 €
Année 2	146 000 € (dont 13200€ d'accès plateforme)	70 000 €
Année 3	191 000 € (dont 19800€ d'accès plateforme)	61 000 €
Année 4	198 000 € (dont 23100€ d'accès plateforme)	53 000 €
Année 5 partielle (6 mois)	84 000 € (dont 23100€ d'accès plateforme)	23 000 €
Total	711 000 €	337 500 €
Coût Total expérimentation	1 048 500 € (soit 1362€/patient)	

	Coût (forfait de prise en charge + plateforme + coordination + ETP + évaluation)
Coût total annuel avec file active pleine constituée, soit 1100 patients répartis sur les 5 profils. (cf annexe IX p70)	316 800 € Total année 5 partielle (1100 patients sur 6 mois) : 158 400 € X 2 = 316 800 € (pour une année avec 1100 patients)
Coût annuel / patient (tout compris)	288 € / an / patient

8. Modalités de versement des crédits au porteur

♦ Budget FIR

Dès **le démarrage de l'expérimentation (T0)**, le porteur devra embaucher un chef de projet (délai de recrutement réduit) et être en capacité de le rémunérer. A cet effet, une partie de « la subvention FIR pour l'ingénierie et fonctions support d'aide au démarrage » permettant d'assurer cette dépense **devra être allouée dans le premier mois de l'expérimentation**, 7927€ soit 1/6 de 47500€ prévus sur les 6 premiers mois.

Il est proposé que l'ARS BFC verse les crédits FIR (autre que la subvention de démarrage demandée supra) annuellement au porteur, comme tout autre financement FIR dans le calendrier habituel et selon la procédure classique de l'ARS BFC.

♦ Budget FISS

La totalité du budget FISS demandé dans l'expérimentation correspond aux différents forfaits économiques. Il a donc été **discuté avec la DCGDR BFC** que les montants des forfaits pourraient être versés de façon rétrospective¹⁹ au porteur, de façon trimestrielle. Tous les professionnels impliqués dans l'expérimentation et à rémunérer sont des salariés, cette solution est relativement simple pour les caisses locales d'assurance-maladie

Le circuit d'identification du patient intégré dans l'expérimentation et le codage spécifique seront élaborés par les services de l'Assurance-Maladie ultérieurement, après notification du projet, d'après les échanges entretenus avec la coordination AM de BFC.

X. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

L'expérimentation intégrera dès la phase de construction un dispositif d'évaluation basé sur 3 types d'indicateurs :

- ♦ Des indicateurs de qualité et de performance visant à évaluer le niveau d'atteinte des objectifs
- ♦ Des indicateurs de satisfaction du patient
- ♦ Des indicateurs de suivi du déploiement de l'expérimentation

Le suivi de ces indicateurs sera réalisé par le chef de projet.

1. Indicateurs de qualité et de performance du modèle proposé

¹⁹ Le forfait rétrospectif n'induit pas de trop-perçu pour le porteur en cas d'abandon du patient. Les patients qui ne poursuivraient pas leur suivi en cessant en cours d'expérimentation seront comptabilisés dans l'indicateur opérationnel « Taux d'abandon » - voir partie X.

Afin d'évaluer si le modèle proposé permet d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie pour le patient souffrant d'obésité ou ayant subi une opération de chirurgie bariatrique, les indicateurs suivants seront suivis par les professionnels de santé :

OBJECTIF STRATÉGIQUE	CATÉGORIE D'INDICATEUR	INDICATEUR DE RÉSULTAT	RÉFÉRENTIEL	SOURCE DE DONNÉES
AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'OBÉSITÉ	Marqueurs anthropométriques patient	Évolution annuelle de l'IMC, indice de masse grasse* et masse musculaire*	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO
		Évolution annuelle du rapport tour de taille/ taille	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO
		Évolution annuelle du poids	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO
	Complications liées à l'obésité	Évolution annuelle du nombre d'hospitalisations par patient par profil de l'EMNO	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO
		Évolution annuelle du nombre de journées d'arrêt de travail par patient, par profil**	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO
	Appropriation et qualité de vie du patient	Évolution annuelle des réponses au questionnaire de qualité de vie SF-36	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO
		Évolution annuelle du score aux quizz d'évaluation des modules d'éducation thérapeutique de la plateforme	Patient EMNO à T ₀	recueil de données EMNO

T₀ = date d'inclusion du patient dans l'expérimentation

* = l'indice de masse grasse et l'indice de masse musculaire sont mesurés par impédancemétrie multifréquence. L'obésité se définissant par un excès de masse grasse¹ et la perte de poids associée à une perte de masse musculaire n'étant pas un signe d'amélioration de la santé, suivre ces 2 critères sera complémentaire des données anthropométriques standards.

** = cet indicateur serait particulièrement pertinent pour le profil chirurgie en comparaison aux données régionales. Cette donnée n'est, à l'heure actuelle, pas disponible dans les bases de données de l'Assurance Maladie.

Ces indicateurs permettront de suivre à la fois l'évolution de la santé physique (marqueurs anthropométriques et complications) et du bien-être du patient.

L'évaluation de la qualité de vie est une partie importante de l'appréciation du modèle proposé. L'évolution des réponses au questionnaire SF-36 a été choisie en tant qu'indicateur, puisque celui-ci permet d'explorer l'ensemble des sphères de la qualité de vie : physique, émotionnelle, vitalité, sociale, état général et perception de l'évolution. Par ailleurs, ce questionnaire permet :

- ♦ D'évaluer l'évolution des personnes de l'expérimentation au-delà de critères anthropométriques et biologiques qui sont bien souvent dépassés dans ces situations complexes et comportementales

- ◆ D'adapter en temps réel lors des entretiens (présentiels ou dématérialisés) les orientations de la prise en charge
- ◆ D'adapter de manière évolutive et individualisée le processus éducatif
- ◆ D'orienter en fonction des problématiques mises en évidence

Les objectifs opérationnels seront suivis par les indicateurs suivants :

OBJECTIF OPÉRATIONNEL	INDICATEUR DE RÉSULTAT	INDICATEUR DE PROCESSUS	RÉFÉRENTIEL	SOURCE DE DONNÉES
RENDRE LE PATIENT ACTEUR DE SA PRISE EN CHARGE ET AUTONOME DANS SON PARCOURS ÉDUCATIF		Temps entre l'ouverture du premier module et la validation par le patient du dernier module en ligne prescrit	Absolu	Données plateforme
		Evolution du nombre de connexions à la plateforme par trimestre	Patient EMNO au premier trimestre de sa prise en charge	Données plateforme
		Évolution de la participation au forum (nombre de commentaires et post par trimestre)	Patient EMNO au premier trimestre de sa prise en charge	Données plateforme
		Proportion de patients entrant dans un processus éducatif dématérialisé sur le nombre de personnes éligibles	Absolu	Données plateforme
FACILITER L'ACCÈS À UNE OFFRE DE SOINS PLURIDISCIPLINAIRE	Part de patients bénéficiaires de la CMUC par profil		Taux national	Dossier patient
	Part de patients présentant un diagnostic TCA		Absolu	Dossier patient
DÉCLOISONNER LES ACTEURS ET AMÉLIORER LA COHÉRENCE DES POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES	Nombre de partenaires		Absolu	Convention de partenariat
	Satisfaction des partenaires		Absolu	Questionnaire de satisfaction
INCLURE L'ENTOURAGE DU PATIENT DANS LA DEMARCHE ÉDUCATIVE	Proportion de patients ayant inclus des connexions pour l'entourage		Absolu	Données plateforme
	Nombre de participations à un atelier incluant l'entourage par patient		Absolu	Dossier patient
	Part de patients ayant participé à au moins un atelier incluant l'entourage		Absolu	Dossier patient
AMÉLIORER LA PERTINENCE DE LA CHIRURGIE BARIATRIQUE ET LE SUivi POST-OPÉRATOIRE DE CETTE CHIRURGIE		Parmi les patients ayant subi une opération de chirurgie bariatrique, part des patients pour lesquels tous les bilans et entretiens préliminaires préconisés par l'HAS ont été effectués	Absolu	Dossier patient
	Parmi les patients ayant subi une opération de chirurgie bariatrique, nombre de journées de réhospitalisation		Données régionales	Dossier patient
	Part des patients ayant subi une opération de chirurgie bariatrique toujours suivis à l'EMNO 1,2,3,4,5 ans après l'opération		Absolu	Dossier patient
	Proportion annuelle des personnes suivies	Part des personnes ayant subi une chirurgie ayant finalisé le processus	Absolu	Données plateforme et dossier patient
	Taux d'abandon		Absolu	Dossier patient
	Proportion des patients ayant terminé le processus et étant perdus de vue sur le nombre de perdus de vue		Absolu	Données plateforme et dossier patient
	Durée moyenne de suivi par personne incluse dans l'expérimentation		Absolu	Dossier patient

2. Indicateurs de satisfaction du patient

La satisfaction du patient sera évaluée par un questionnaire de satisfaction qui sera renseigné annuellement.

L'évaluation sera effectuée sur plusieurs domaines :

- Pertinence de la plateforme dans la démarche thérapeutique
- Accessibilité de l'outil dématérialisé
- Intérêt de la plateforme pour l'inclusion de l'entourage
- Intérêt du partage d'expérience
- Accessibilité à l'équipe pluridisciplinaire
- Qualité du suivi

3. Indicateurs de suivi de l'expérimentation

Afin de suivre l'évolution de l'expérimentation, les indicateurs suivants seront recueillis :

- ◆ Évolution du nombre de patients inclus dans l'expérimentation par profil
- ◆ Évolution du nombre de partenaires
- ◆ Évolution du nombre de modules et de leur fréquentation
- ◆ Évolution du nombre d'inscriptions à la plateforme dématérialisée
- ◆ Évolution du nombre annuel de consultations assurées par les différents professionnels

XI. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

Les données de santé de l'ensemble des patients seront recueillies et stockées à l'EMNO, comme le sont déjà les données des patients pris en charge actuellement. Une partie de ce dossier sera disponible pour le cercle de soins sur eTICSS quand l'intégration sera effective. Les données numérisées ne seront pas exportées et seront directement intégrées au dossier patient.

L'information sera transmise au patient lors du diagnostic initial, avant inclusion. Le patient signera alors à l'issue de cet entretien un consentement l'informant de l'expérimentation, de l'ensemble des conditions). Ce consentement sera en double exemplaire (un pour le patient, un pour l'EMNO (ou autre site partenaire) dans le dossier patient). Une copie de ce document sera conservée par le chef projet.

La plateforme numérique ne contiendra aucune donnée de santé. Elle sera néanmoins chez un hébergeur de données de santé agréé.

Lors de sa première connexion à la plateforme, le patient aura un identifiant unique et un mot de passe. Cet identifiant permet une anonymisation totale de l'accès à la plateforme.

Le chef projet aura accès à l'ensemble des données afin d'effectuer les évaluations. Ces données seront anonymisées avant d'effectuer les évaluations semestrielles au comité de pilotage.

XII. Liens d'intérêts

Le porteur du projet, le Dr Gauthier, a complété une Déclaration Publique d'Intérêts, qui atteste qu'il n'a aucun lien direct ou indirect avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

PERSPECTIVES, FACTEURS-CLES DE SUCCES

Perspectives

L'expérimentation prévoit la possibilité d'utilisation de l'outil pédagogique dématérialisé par d'autres équipes pluridisciplinaires assurant une prise en charge de l'obésité sur les principes de l'ETP qu'ils soient en établissements de santé (MCO ou SSR) ou en MSP.

Les patients des MSP partenaires ou des établissements du parcours pourront avoir accès à la plateforme et ainsi compléter l'approche thérapeutique présentielle (sur les fondements de l'ETP) par les modules pédagogiques dématérialisés.

Cette collaboration sera matérialisée par une convention signée par les 2 parties : partenaire et porteur.

Facteurs-clés de succès du projet

Ils se trouvent à la fois dans un **contexte local particulièrement favorable** :

- ◆ Un parcours nutrition-santé du Projet Régional de Santé de Bourgogne-Franche-Comté, caractérisé par des objectifs principaux ➡ les objectifs de la présente expérimentation sont en complète cohérence avec ceux du parcours du PRS
- ◆ Une région expérimentatrice du parcours de soins numérique, à travers le déploiement d'eTICSS, projet qui vise à mieux coordonner les acteurs santé-social en améliorant les parcours de santé grâce aux services numériques
- ◆ Une ARS préoccupée par un recours excessif à la chirurgie bariatrique qu'elle souhaite rendre plus pertinente - avec le concours de l'Assurance-Maladie (volet additionnel CAQES chirurgie bariatrique) – et qui valorise toutes les initiatives concourant dans ce sens
- ◆ Une ARS promouvant l'implication des usagers dans le système de santé, qui soutient les actions rendant l'usager plus actif dans son parcours, et lui donnant un statut d'acteur de santé à part entière
- ◆ Un nombre de Maisons de Santé Pluridisciplinaires élevé sur le territoire, avec de nombreux professionnels intéressés par la thématique (sur la base des actions nutrition recensées dans le cadre du FIR et des accords conventionnels interprofessionnels)

Et dans **l'expérience apportée par le porteur de projet** :

- ◆ reconnu pour son expertise (participation dans les sociétés savantes), qui peut s'appuyer sur son expérience réussie dans un SSR nutrition dont il est le médecin coordonnateur et sur sa fonction de référent nutrition-obésité RamsayGDS.
- ◆ ayant déjà une structure adaptée à l'expérimentation, l'EMNO : un lieu déjà créé, une équipe constituée, un programme ETP autorisé, permettant par son organisation une souplesse d'adaptation des prises en charges en tenant compte de la singularité de chaque personne.
- ◆ ayant une relation de proximité avec les établissements réalisant le plus d'actes de chirurgie bariatrique en BFC et avec un des deux SSR mention nutrition (adultes) de la région BFC

CONCLUSIONS

Ce projet d'expérimentation est un des éléments de réponse au problème de santé publique majeur que représente l'obésité, et permet de prévenir les possibles problématiques sanitaires en lien avec les dérives potentielles de la chirurgie bariatrique, trop souvent présentée comme la seule thérapeutique ou comme un aveu d'échec.

Dans sa configuration, cette expérimentation s'inscrit dans la nouvelle ère numérique, la e-santé s'invitant au domicile des patients, avec le double intérêt de diminuer les disparités géographiques et de donner au patient un rôle actif principal dans son propre parcours, garant d'une compliance augmentée, voire un rôle pédagogique et éducatif pour les patients-experts.

Elle s'inscrit également dans un processus de parcours pluri-professionnel collaboratif, et donc décroïssonne les acteurs de santé.

Conçu par un assemblage d'éléments modulables et coordonnés, ce projet d'expérimentation est prévu pour une évolutivité en lien avec le contexte ainsi que pour une reproductibilité en tenant compte des spécificités de chaque territoire.

ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Académie Nationale de Médecine. Rapport – Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. 2017

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. « Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement ». Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: Anses; 2010.

Agence Régionale de Santé de Bourgogne-Franche-Comté, Projet Régional de Santé 2018-2022 – version soumise à consultation, 2018

Barvaux VA, Aubert G, Rodenstein DO. « Weight loss as a treatment for obstructive sleep apnoea ». *Sleep Med Rev* 2000;4(5):435-52

Basdevant A, Paita M, Rodde-Dunet MH, Marty M, Noguès F, Slim K, et al. « A nationwide survey on bariatric surgery in France: two years prospective follow-up ». *Obes Surg* 2007;17(1):39-44.

Boyer V. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur la prévention de l'obésité et présenté par Mme Valérie Boyer, députée. 2008

Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW. « Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults ». *N Engl J Med* 1999;341(15):1097-105

Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, Sweeney J. « Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies ». *Health Aff (Millwood)* 2013 Feb;32(2):223-31

D'Amour D, Goulet L, Pineault R, Labadie JF, Remondin M. « Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité ». *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*, 2003

Direction générale du Trésor, « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? » Trésor-Eco n°179, 2016

DREES, « Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997 », Etudes et Résultats n°1051, 2018

Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. « The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis ». *BMC Public Health* 2009;9:88

Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonne pratique – « Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte », 2009

Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonnes pratiques – « Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », 2011

Hoeck HW, Van Hoeken D. « Review of the prevalence and incidence of eating disorders ». *Inc. Int J Eat Disord* 34: 383–396, 2003.

Inspection Générale des Affaires Sociales. « Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et 2016 (PNNS 3) et du plan obésité 2010-2013, 2016 (rapport no. 2016-020R) »

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Paris: Inserm; 2006.

Loddo C, Amour R, Tabarin A, Monsaingeon M, Gatta-Cherifi B. « Impact de la précarité sur l'obésité dans la filière surcharge pondérale du service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques et nutrition du CHU de Bordeaux », *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2016, 30 (3): 260-261

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BWJH, et al. « Overweight, obesity, and depression. A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies ». *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):220-9

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 Epidémiol Hebd.* 2016;(35-36):640-6. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/35-36/2016_35-36_5.htm

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Fertility assessment and treatment for people with fertility problems. London: NCCWCH; 2004

Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne-Franche-Comté, Filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté – Diagnostic régional et pistes d'actions, 2018

Park J. Obésité et travail. Statistique Canada 2009;(75-001-X):15-24

Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, Debarges B, Clavel N, Jouet E. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique* 2015/HS (S1), p. 41-50.

Ricca V, Mannucci E, Moretti S, di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL, et al. « Screening for binge eating disorder in obese outpatients ». *Compr Psychiatry* 2000;41(2):111-5

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

Tuomilehto H, Gylling H, Peltonen M, Martikainen T, Sahlman J, Kokkarinen J, et al. « Sustained improvement in mild obstructive sleep apnea after a diet- and physical activity-based lifestyle intervention: postinterventional follow-up ». *Am J Clin Nutr* 2010;92(4):688-96

Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. « Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006 ». *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(13):234-41. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html

Vergnaud AC, Bertrais S, Oppert JM, MaillardTeyssier L, Galan P, Hercberg S, et al. « Weight fluctuations and risk for metabolic syndrome in an adult cohort ». *Int J Obes* 2008;32(2):315-21

Wang Y, Chen X, Song Y, Caballero B, Cheskin LJ. « Association between obesity and kidney disease: a systematic review and metaanalysis ». *Kidney Int* 2008;73(1):19-33

World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. London: WCRF; 2007

World Health Organization. « Obesity: preventing and managing the global epidemic ». Report of a WHO consultation. WHO Techn Rep Ser 2000;(894)

ANNEXES

- I. [Chirurgie bariatrique en Bourgogne Franche-Comté](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- II. [Conclusions du sous-groupe de travail DGOS SSR nutrition – mai 2018](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- III. [État des lieux réalisé par l'ORS BFC sur la filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté : Diagnostic régional et pistes d'actions, à la demande du parcours nutrition santé](#)..... **Erreur ! Signet non défini.**
- IV. [Parcours de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité adulte ARS BFC](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- V. [Cadre théorique de l'engagement des patients \(inspiré de Carman et al. 2013\)](#)..... **Erreur ! Signet non défini.**
- VI. [Evaluation de la qualité de vie](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- VII. [Intérêt d'une coordination globale](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- VIII. [Evolution organisationnelle régionale](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- IX. [Budget prévisionnel détaillé](#) **Erreur ! Signet non défini.**
- X. [Notification ARS BFC relative au protocole de coopération Dr Gauthier-Oliveri \(IDE\) N°11-0000000036](#)..... **Erreur ! Signet non défini.**
- XI. [Modules pédagogiques plateforme](#) **Erreur ! Signet non défini.**

I. Chirurgie bariatrique en Bourgogne Franche-Comté

TAUX DE RECOURS STANDARDISÉ À LA CHIRURGIE BARIATRIQUE
PAR DÉPARTEMENT EN BFC ET RAPPORT À L'INDICE NATIONAL
(2016)

Chirurgie bariatrique	Nombre de séjours	Taux de recours standardisé 2016 en /1000	Indice National (Txstand reg/Txstand Nat.)
Région	2 572	0,95	1,21
21	502	0,95	1,21
25	373	0,71	0,90
39	228	0,93	1,18
58	144	0,78	0,99
70	239	1,04	1,32
71	532	1,04	1,32
89	433	1,35	1,71
90	121	0,86	1,09

Source : ARS Bourgogne Franche-Comté, données ScanSanté (2016) [nombre de séjours effectués par les habitants de la région]

CHIRURGIE BARIATRIQUE – DONNÉES CNAM 2016

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Établissement BFC	Nombre de séjours	Part des 18-20 ans	Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006	Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois	Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale	Part du groupe d'intervention le plus fréquent	Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale
2	71	4	11	0	14	69	14
4	66	3	11	0	3	62	15
6	30	0	0	0	2	87	7
8	12	0	17	0	3	100	0
10	63	0	0	0	9	52	5
12	123	4	33	0	13	99	24
13	31	0	23	3	6	81	6
15	47	2	6	0	5	72	11
16	1	0	0	0	0	100	0
17	47	4	17	0	10	79	17
18	65	0	9	2	7	82	8
21	238	4	16	1	29	99	5
23	139	1	19	1	8	73	9
Moyenne nationale	157,3	2,5%	16,8%	1,0%	24,5%	76,9%	7,6%
Moyenne nationale publics	130,2	2,0%	11,7%	1,2%	13,2%	77,1%	12,5%

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Établissement BFC	Nombre de séjours	Part des 18-20 ans	Part des patients ayant un IMC 30-40, sans comorbidité et sans antécédent d'intervention depuis 2006	Part des patients n'ayant aucun suivi préopératoire depuis 12 mois	Part relative des interventions dans l'activité de chirurgie digestive hors chirurgie pariétale	Part du groupe d'intervention le plus fréquent	Part des patients avec au moins 2 défauts de prise en charge pre-chirurgicale
1	53	0	11	0	21	74	0
3	529	2	26	1	57	66	6
5	273	3	26	1	30	59	5
7	42	0	7	0	7	52	7
9	204	2	8	0	19	73	7
11	125	3	22	0	17	82	1
14	141	6	19	4	16	99	19
19	211	1	23	1	40	67	7
20	85	1	19	0	14	69	2
22	74	1	15	1	14	88	9
Moyenne nationale	157,3	2,5%	16,8%	1,0%	24,5%	76,9%	7,6%
Moyenne nationale privés	171,7	2,8%	19,8%	0,8%	31,1%	76,8%	4,8%

Les données concernent tous les régimes disponibles France entière, et sont issues du PMSI et du SNIIRAM (source : DCIR, données liquidées avec 6 mois de recul sur l'année de la date de soin).
Profils Cnam_Données 2016_Chirurgie obésité

Source : CNAM, données PMSI (2016) [nombre de séjours effectués dans les établissements de la région, y compris par des patients hors région]

MONTANT DES SÉJOURS EN CHIRURGIE BARIATRIQUE PAR DÉPARTEMENT DE BFC
DONNÉES PMSI

Département	Nombre de séjours			Montant AM du séjours		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
21	866	999	877	3 461 156,53 €	3 954 184,25 €	3 232 709,94 €
25	256	276	284	1 056 578,79 €	1 011 770,92 €	991 015,81 €
70	51	63	66	362 192,91 €	327 764,67 €	292 369,40 €
71	442	525	521	1 822 344,01 €	2 275 989,74 €	2 341 320,23 €
89	615	601	524	2 692 301,02 €	2 491 020,16 €	2 094 538,52 €
90	178	213	217	810 258,86 €	924 014,30 €	952 079,31 €
Total	2408	2677	2489	10 204 832,12 €	10 984 744,04 €	9 904 033,21 €

Source : Données PMSI

II. Conclusions du sous-groupe de travail DGOS SSR nutrition – mai 2018

EXTRAITS DES CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL DGOS

CONSTATS GÉNÉRAUX EN SSR

- Les travaux préparatoires à la réforme du financement SSR permettent de dégager **3 enjeux** que les établissements SSR devront relever dans les prochaines années :
 - > Inscrire les SSR dans l'organisation territoriale, en renforçant les partenariats avec les acteurs de leur territoire et de leur région (articulation de dispositifs de coordination)
 - > Développer le virage ambulatoire, en accélérant le développement d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et en favorisant le maintien du patient dans le lieu de vie (HAD, équipes mobiles, innovation - usage de la télémédecine et des objets connectés)
 - > Promouvoir une gestion optimale des ressources techniques et humaines (mutualisation des plateaux techniques, développement de la poly-compétence)
- Education thérapeutique
 - > sujet de compétences (cf arrêté du 2 août 2010 et décret du 31 mai 2013)
 - > sujet de valorisation (actuellement inclus dans la DAF)
 - > sujet organisationnel (proximité et recours)

ENJEUX ET QUESTIONS

- Gradation de l'offre et répartition territoriale
- Coordination : quelle mission? Quel périmètre? Quelles compétences?
- SSR hors les murs : externaliser l'expertise
- Education thérapeutique
- Place de l'innovation et e-santé
- Bactéries multi-résistantes
- Prévention

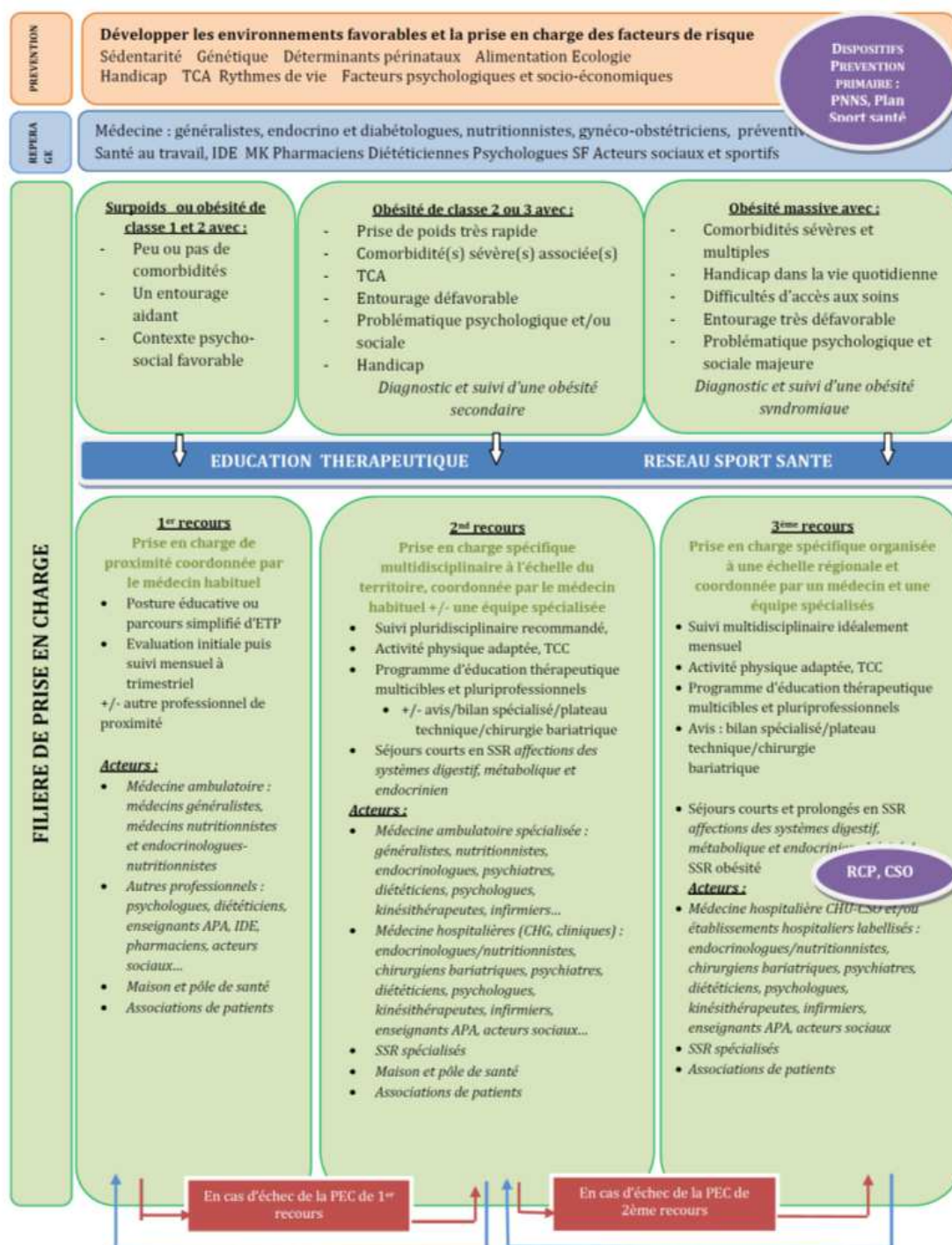
III. État des lieux réalisé par l'ORS BFC sur la filière de prise en charge de l'obésité chez l'adulte en Bourgogne-Franche-Comté : Diagnostic régional et pistes d'actions, à la demande du parcours nutrition santé



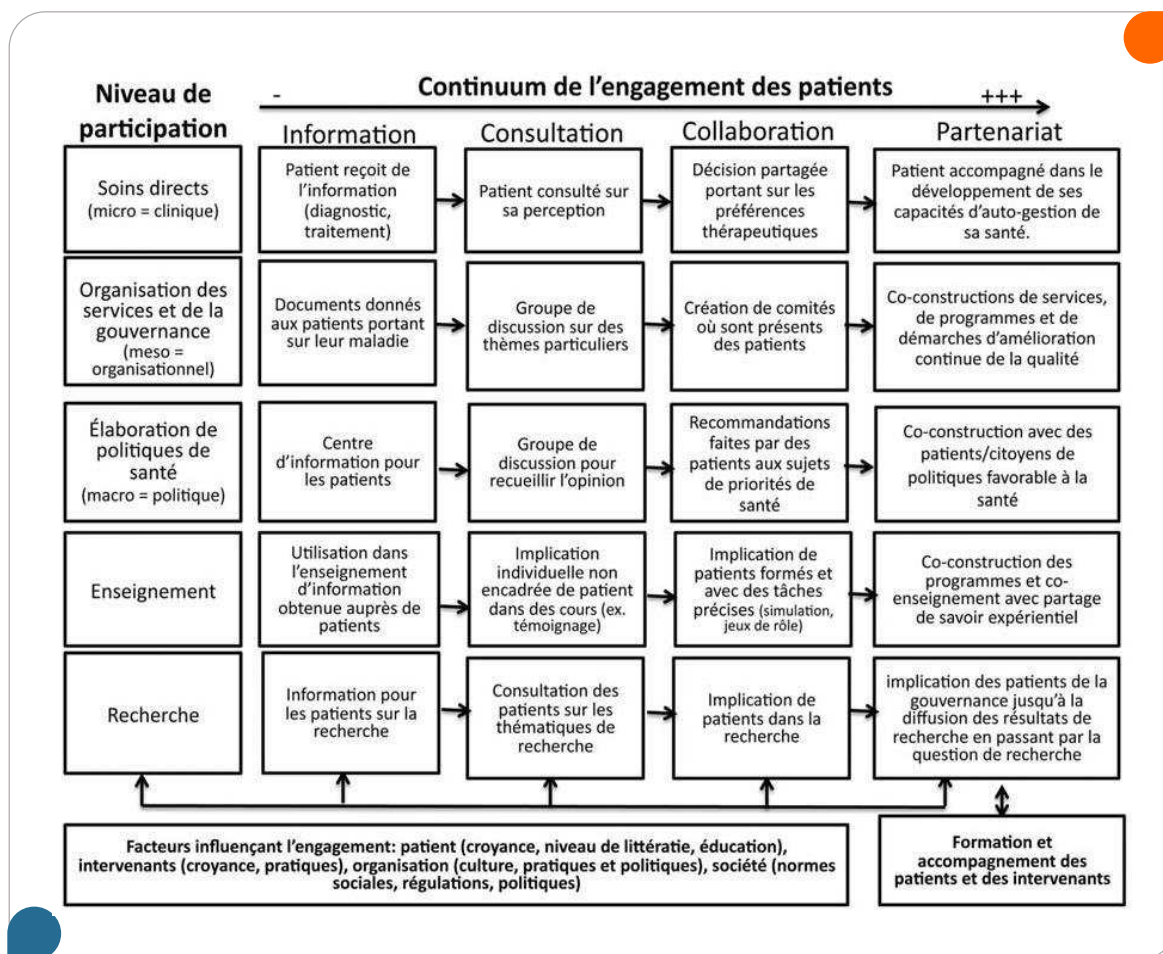
Source : État des lieux ORS BFC, 2018

IV. Parcours de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité adulte ARS BFC

PARCOURS DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DU SURPOIDS ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE
(SCHEMA RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2022)



V. Cadre théorique de l'engagement des patients (inspiré de Carman et al. 2013)



VI. Evaluation de la qualité de vie

Inclure une évaluation intrinsèque qualitative reproductible, globale mais aussi individualisée. Le MO SF-36 est un questionnaire de qualité de vie explorant l'ensemble des sphères : physique, émotionnelle, vitalité, sociale, état général et perception de l'évolution. Intégrer automatiquement cette mesure de la qualité de vie permettrait d'avoir une vision large évolutive et comparative.

EMNO DIJON VALMY
Espace Médical Nutrition et Obésité
Dijon Valmy

Nom : _____ Date de naissance : ____/____/____
Prénom : _____ Date : _____

QUESTIONNAIRE MOS-SF 36

Ce questionnaire porte sur votre état de santé, tel que vous la ressentiez **avant** votre entrée en hospitalisation.

Il s'agit pour nous de savoir comment vous vous sentez **dans votre vie de tous les jours**.

Répondez aux questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas comment répondre à une question, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1/ Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1	Excellente
2	Très bonne
3	Bonne
4	Médiocre
5	Mauvaise

2/ Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

1	Bien meilleur que l'an dernier
2	Plutôt meilleur
3	À peu près pareil
4	Plutôt moins bon
5	Beaucoup moins bon

3/ Voici la liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel :

Liste d'activités	OUI beaucoup limité(e)	OUI peu limité(e)	NON pas du tout limité(e)
A Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport...	1	2	3
B Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer à la pétanque	1	2	3
C Soulever et porter les courses	1	2	3
D Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
E Monter un étage par l'escalier	1	2	3
F Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
G Marcher plus d'un kilomètre à pied	1	2	3
H Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
I Marcher une centaine de mètres	1	2	3
J Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	OUI	NON
A Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
B Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?	1	2
C Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
D Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5/ Au cours de ces quatre dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

	OUI	NON
A Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou activités habituelles ?	1	2
B Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité ?	1	2
C Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	1	2

6/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relation avec les autres, votre famille, vos amis ou vos connaissances ?

1	Pas du tout
2	Un petit peu
3	Moyennement
4	Beaucoup
5	Énormément

7/ Au cours de ces quatre dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

1	Nulle
2	Très faible
3	Faible
4	Moyenne
5	Grande
6	Très grande

8/ Au cours de ces quatre dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques ?

1	Pas du tout
2	Un petit peu
3	Moyennement
4	Beaucoup
5	Énormément

9/ Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces quatre dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelque fois	Rarement	Jamais
A Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
B Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
C Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
D Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
E Vous vous êtes senti(e) débordant d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
F Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
G Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
H Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
I Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10/ Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ?

1	En permanence
2	Une bonne partie du temps
3	De temps en temps
4	Rarement
5	Jamais

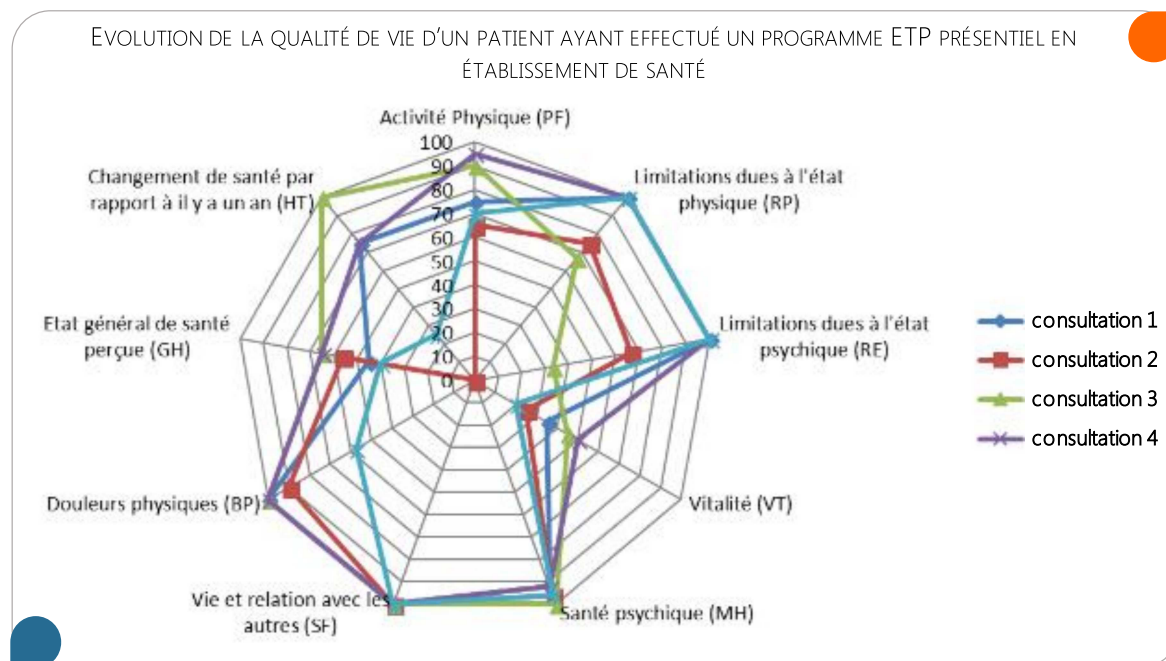
11/ Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

	Totalement vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausse
A Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
B Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
C Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
D Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Exemples d'évaluation de la qualité de vie :

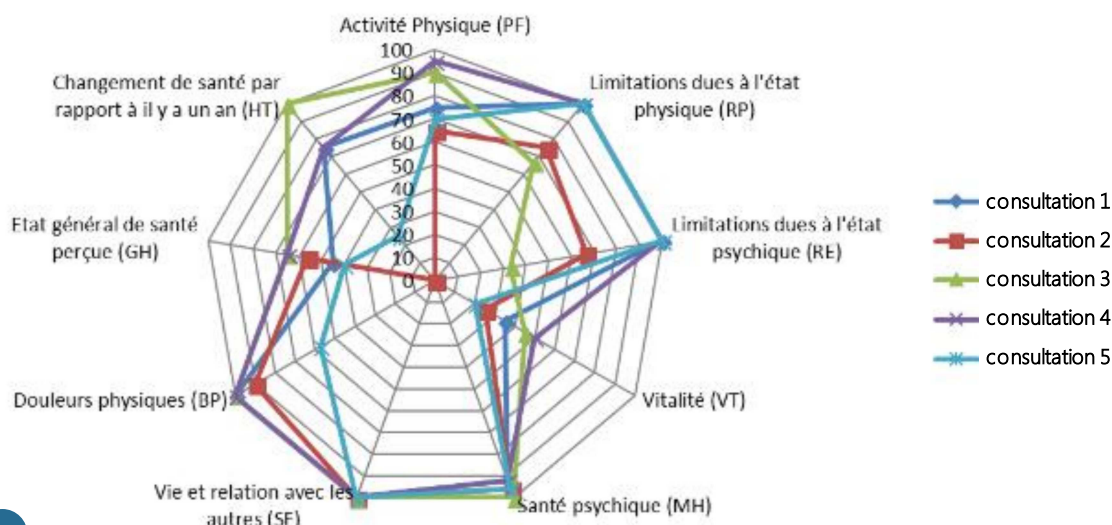
La visualisation des différentes sphères de la qualité de vie permet :

- D'évaluer l'évolution des personnes de l'expérimentation au-delà de critères anthropométriques et biologiques qui sont bien souvent dépassés dans ces situations complexes et comportementales
- D'adapter en temps réel lors des entretiens (présentiels ou dématérialisés) les orientations de la prise en charge
- D'adapter de manière évolutive et individualisée le processus éducatif
- D'orienter en fonctions des problématiques mises en évidence



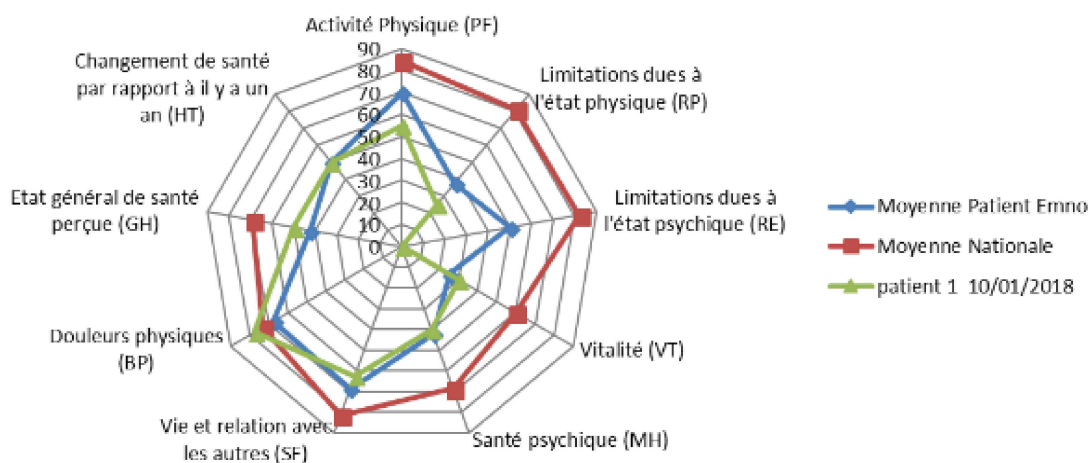
Cette personne a effectué un programme ETP présentiel en établissement de santé et est suivie de manière séquentielle en consultation. Nous pouvons ainsi avec le MO SF-36 suivre l'évolution de la qualité de vie et axer notre thérapeutique sur les éléments pertinents.

EVOLUTION DE LA QUALITÉ DE VIE D'UN PATIENT SUIVI AYANT BÉNÉFICIÉ D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE



Ce deuxième graphique représente l'évolution de la qualité de vie chez une personne suivie ayant bénéficié d'une chirurgie de l'obésité. Nous pouvons ainsi remarquer une évolution favorable jusqu'en consultation 4 (environ 2 ans) puis une tendance à une dégradation en consultation 5. Cette évolution après chirurgie bariatrique n'est pas spécifique à cette personne (cf supra).

QUALITÉ DE VIE D'UN PATIENT PRIS EN CHARGE À L'EMNO

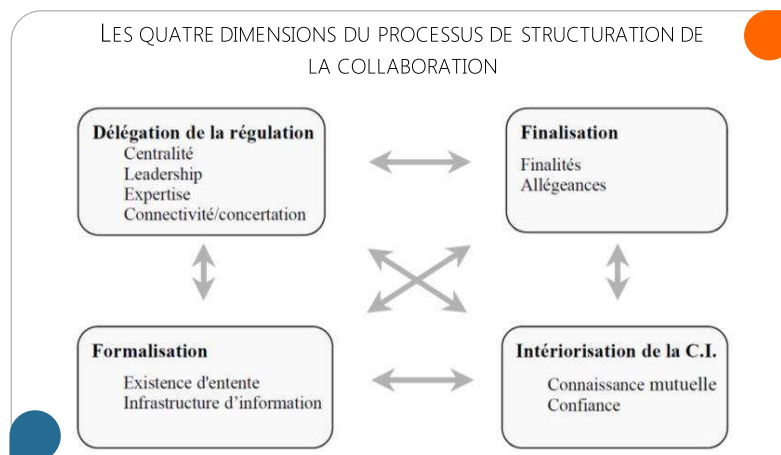


Ce processus d'évaluation intégré sera un complément intéressant des autres modes d'évaluation. Il nous permet une évaluation :

- de l'évolution du patient par rapport à son inclusion dans l'expérimentation,
- du patient par rapport à une moyenne nationale
- du patient par rapport à la moyenne de l'expérimentation à l'inclusion
- du patient par rapport à la moyenne d'une cohorte similaire (hors expérimentation)

VII. Intérêt d'une coordination globale

Une étude de l'université de Montréal²⁰ a permis l'analyse des modèles de continuité de soins et d'établir une **typologie de collaboration à 3 degrés** : « en action », « en construction » et « en inertie ». Bien que le cadre soit la périnatalité, les modèles de collaboration en santé sont les mêmes.



Une analyse des relations entre professionnels a permis de mieux appréhender **la structuration d'une action collective entre professionnels de différentes disciplines et de différentes organisations** qui sont placées en situation d'interdépendance (doivent compter les uns sur les autres pour assurer un suivi de qualité et efficient). Cette situation est celle que nous retrouvons dans le cadre de la prise en charge, du parcours, d'une maladie chronique comme l'obésité.

Deux types de régions sont distingués dans cette étude :

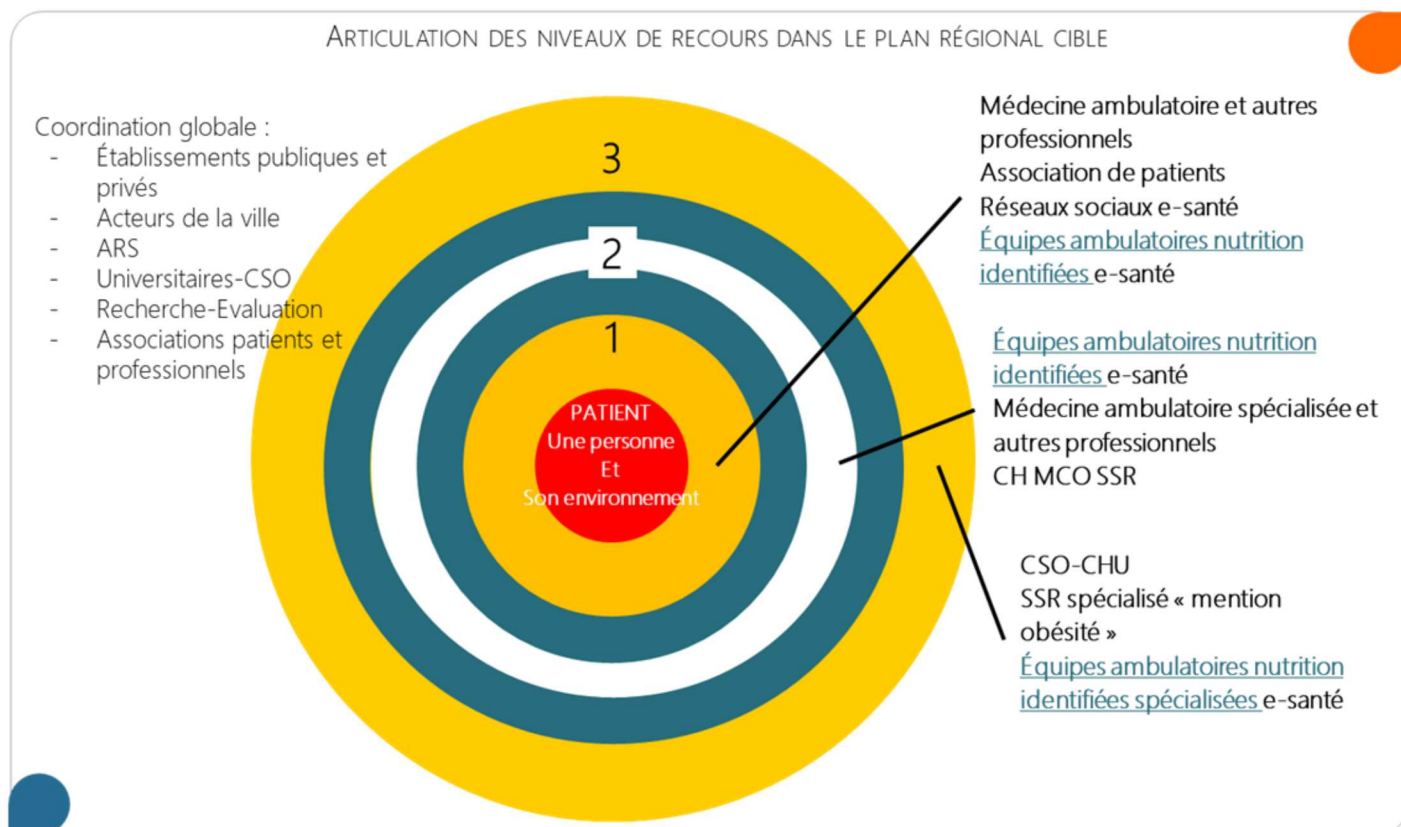
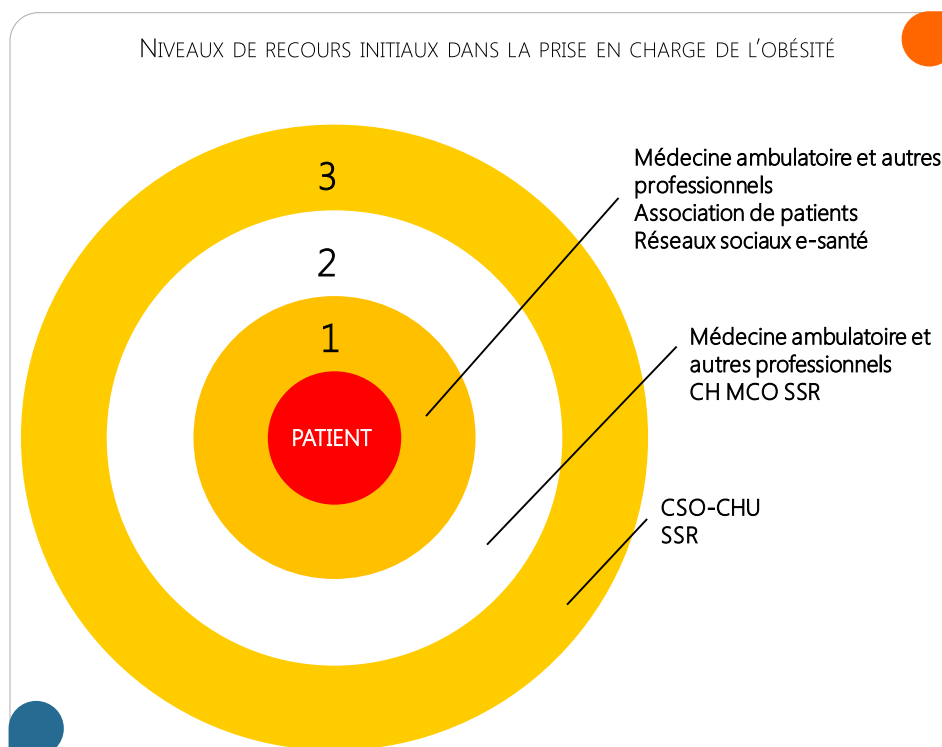
- ♦ **Les régions de type collaboration en action** : plus performantes en matière de services et de réactivité (capacité du système de soin à réagir aux besoins du patient). La collaboration des professionnels est stable, non fragilisée par les aléas du système de santé et permet de mettre en place des services de santé où le partage de responsabilités inter-établissements fait l'objet d'un consensus, les services sont basés sur des ententes de continuité des soins et sur des principes d'efficience.
- ♦ **Les régions de type collaboration en construction et en inertie** : moins performantes et moins grande accessibilité. La collaboration en construction est moins solide, certains aspects n'ont pas fait consensus, mais le processus de négociation est actif. Le partage des responsabilités est fragile, en négociation. L'efficience des services peut être améliorée.
La collaboration en inertie n'est pas stable et non efficiente. Les conflits sont importants. Ils neutralisent complètement les possibilités de collaboration. Il est figé, peu efficient sans continuité des soins.

²⁰ D'Amour et al. 2003

Variables	Collaboration en action Niveau 3	Collaboration en construction Niveau 2	Collaboration en inertie Niveau 1
Centralité	Instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus	Instance centrale au rôle confus. Rôle politique et stratégique ambiguë	Absence d'une instance centrale. Quasi-absence de rôle politique
Leadership	Leadership partagé et consensuel	Leadership diffus, éclaté et ayant peu d'impact	Leadership non consensuel, monopolisé
Expertise	Rôle d'expert favorisant une implication globale et forte	Rôle d'expert ponctuel et morcelé	Peu ou pas d'implication comme expert
Connectivité et concertation	Pluralité des lieux de concertation	Lieux de concertation ponctuels reliés à des dossiers spécifiques	Quasi-absence de lieux de concertation
Finalités	Finalités consensuelles et globales	Quelques finalités communes ponctuelles	Finalités en opposition ou absence de finalités communes
Allégeance	Orientations centrées sur les besoins de la clientèle	Orientations centrées sur les besoins professionnels et organisationnels	Orientations plutôt déterminées par des intérêts privés
Connaissance mutuelle	Occasions fréquentes de se rencontrer Activités communes régulières	Rares occasions de se rencontrer Peu d'activités communes	Pas d'occasion de se rencontrer et Aucune activité commune
Confiance	Confiance ancrée	Confiance contingente, en développement	Absence de confiance
Formalisation (entente, contrat, arrangements interorganisation)	Entente consensuelle, règles définies de manière conjointe	Entente non consensuelle ou non conforme aux pratiques ou en processus de négociation et de construction	Entente inexistante ou non respectée, fait l'objet de conflits
Infrastructure d'information	Infrastructure commune de collecte et d'échange d'information	Infrastructure d'échange d'information incomplète, ne répondant pas aux besoins ou utilisée de façon inappropriée	Quasi-absence d'infrastructure ou de mécanisme commun de collecte ou d'échange d'information

VIII. Evolution organisationnelle régionale

Ces documents (cibles inversées) ont été présentés au GT obésité adulte parcours nutrition santé ARS BFC



IX. Budget prévisionnel détaillé

PHASE DE CONSTRUCTION (T0 à T0+6mois)			
Dépenses		Recettes	
Recherche de partenariats (chef de projet)	25 000 €	Subvention FIR pour l'ingénierie et fonctions support d'aide au démarrage	47 500 €
Mise en place des modules (chef de projet)	12 500 €		
Coordination (médecin / porteur)	10 000 €		
TOTAL	47 500 €	TOTAL	47 500 €
		Part FIR	47 500 €

ANNEE 1 (T0+6mois à T0+18mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	49 051 €	Forfait 1 (135€/an*) - 0 patients	- €
- médecin	20 740 €		
- infirmière	11 349 €		
- diététicienne	5 750 €	Forfait 2 (255€/an*) - 50 patients	12 750 €
- psychologue	8 817 €		
- secrétaire	2 396 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	20 743 €	Forfait 3 (465€/an*) - 170 patients	79 050 €
- chef de projet	17 286 €		
- infirmière	3 457 €		
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Accès plateforme 220 patients	6 600 €	Subvention FIR pour l'aide au démarrage	37 621 €
Locaux	5 186 €		
Consommables	864 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	77 714 €		
- chef de projet	57 714 €		
- porteur de projet	20 000 €		
Provisions pour risque	6 763 €		
TOTAL	174 421 €	TOTAL	174 421 €
		Part FISS	91 800 €
		Part FIR	82 621 €

ANNEE 2 (T0+18mois à T0+30mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	79 623 €	Forfait 1 (135€/an*) - 90 patients	12 150 €
- médecin	32 640 €		
- infirmière	19 545 €		
- diététicienne	9 180 €	Forfait 2 (255€/an*) - 140 patients	35 700 €
- psychologue	14 617 €		
- secrétaire	3 642 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	34 301 €	Forfait 3 (465€/an*) - 210 patients	97 650 €
- chef de projet	28 584 €		
- infirmière	5 717 €		
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Accès plateforme 440 patients	13 200 €	Subvention FIR ingénierie	24 629 €
Locaux	8 575 €		
Consommables	1 429 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	66 416 €		
- chef de projet	46 416 €		
- porteur de projet	20 000 €		
Provisions pour risque	4 084 €		
TOTAL	215 129 €	TOTAL	215 129 €
		Part FISS	145 500 €
		Part FIR	69 629 €

ANNEE 3 (T0+30mois à T0+42mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	102 403 €	Forfait 1 (135€/an*) - 180 patients	24 300 €
- médecin	42 840 €		
- infirmière	25 219 €		
- diététicienne	10 895 €	Forfait 2 (255€/an*) - 270 patients	68 850 €
- psychologue	18 561 €		
- secrétaire	4 887 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	43 427 €	Forfait 3 (465€/an*) - 210 patients	97 650 €
- chef de projet	36 189 €		
- infirmière	7 238 €		
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Accès plateforme 660 patients	19 800 €	Subvention FIR ingénierie	15 883 €
Locaux	10 857 €		
Consommables	1 809 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	58 811 €		
- chef de projet	38 811 €		
- porteur de projet	20 000 €		
Provisions pour risque	7 076 €		
TOTAL	251 683 €	TOTAL	251 683 €
		Part FISS	190 800 €
		Part FIR	60 883 €

ANNEE 4 (T0+42mois à T0+54mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	100 959 €	Forfait 1 (135€/an*) - 310 patients	41 850 €
- médecin	41 310 €		
- infirmière	15 321 €		
- diététicienne	12 257 €	Forfait 2 (255€/an*) - 335 patients	85 425 €
- psychologue	28 190 €		
- secrétaire	3 881 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	51 713 €	Forfait 3 (465€/an*) - 125 patients	58 125 €
- chef de projet	43 094 €		
- infirmière	8 619 €		
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Accès plateforme 770 patients	23 100 €	Subvention FIR ingénierie	7 941 €
Locaux	12 928 €	FISS compensation expérimentation	12 265 €
Consommables	2 500 €		
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	51 906 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
- chef de projet	31 906 €		
- porteur de projet	20 000 €		
TOTAL	250 606 €	TOTAL	250 606 €
		Part FISS	197 665 €
		Part FIR	52 941 €

ANNEE 5 PARTIELLE (T0+54mois à T0+60mois) - FIN DE L'EXPERIMENTATION			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	41 339 €	Forfait 1 (135€/an*) - 395 patients	26 663 €
- médecin	16 915 €		
- infirmière	6 273 €		
- diététicienne	5 019 €	Forfait 2 (255€/an*) - 355 patients	45 263 €
- psychologue	11 543 €		
- secrétaire	1 589 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	30 000 €	Forfait 3 (465€/an*) - 20 patients	4 650 €
- chef de projet	25 000 €		
- infirmière	5 000 €		
Maintenance plateforme	3 750 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	22 500 €
Accès plateforme 770 patients	23 100 €	FISS compensation expérimentation	7 264 €
Locaux	7 500 €		
Consommables	1 250 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Suivi et pilotage de l'expérimentation	22 500 €		
- chef de projet	12 500 €		
- porteur de projet	10 000 €		
TOTAL	106 339 €	TOTAL	106 339 €
		Part FISS	83 839 €
		Part FIR	22 500 €

Budget prévisionnel années 4 et 5 dans le cadre d'une poursuite des inclusions pour atteindre la file active de l'équilibre avec 1100 patients

ANNEE 4 (T0+42mois à T0+54mois)			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	122 894 €	Forfait 1 (135€/an*) - 310 patients	41 850 €
- médecin	51 680 €		
- infirmière	30 894 €		
- diététicienne	12 610 €	Forfait 2 (255€/an*) - 360 patients	91 800 €
- psychologue	21 578 €		
- secrétaire	6 133 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	51 713 €	Forfait 3 (465€/an*) - 210 patients	97 650 €
- chef de projet	43 094 €		
- infirmière	8 619 €		
Maintenance plateforme	7 500 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	45 000 €
Accès plateforme 880 patients	26 400 €	Subvention FIR ingénierie (plateforme)	7 941 €
Locaux	12 928 €		
Consommables	2 500 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Démarrage, suivi et pilotage de l'expérimentation	51 906 €		
- chef de projet	31 906 €		
- porteur de projet	20 000 €		
Provisions pour risque	8 400 €		
TOTAL	284 241 €	TOTAL	284 241 €
		Part FISS	231 300 €
		Part FIR	52 941 €

ANNEE 5 PARTIELLE (T0+54mois à T0+60mois) - FIN DE L'EXPERIMENTATION			
Dépenses		Recettes	
Personnel de soins	71 693 €	Forfait 1 (135€/an*) - 440 patients	29 700 €
- médecin	30 260 €		
- infirmière	18 284 €		
- diététicienne	7 162 €	Forfait 2 (255€/an*) - 450 patients	57 375 €
- psychologue	12 297 €		
- secrétaire	3 690 €		
Personnel de coordination (chef de projet, infirmière)	30 000 €	Forfait 3 (465€/an*) - 210 patients	48 825 €
- chef de projet	25 000 €		
- infirmière	5 000 €		
Maintenance plateforme	3 750 €	Subvention FIR pour le pilotage de projet et reporting	22 500 €
Accès plateforme 1100 patients	16 500 €		
Locaux	7 500 €	(*) dont 30€/patient/an d'accès à la plateforme	
Consommables	1 250 €		
Suivi et pilotage de l'expérimentation	22 500 €		
- chef de projet	12 500 €		
- porteur de projet	10 000 €		
Provisions pour risque	5 207 €		
TOTAL	158 400 €	TOTAL	158 400 €
		Part FISS	135 900 €
		Part FIR	22 500 €

X. Notification ARS BFC relative au protocole de coopération Dr Gauthier-Oliveri (IDE) N°11-0000000036



Dijon, le 28 juin 2018

DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS
Département Ressources Humaines du Système de Santé

Affaire suivie par : Réjane SIMON
Courriel : rejane.simon@ars.sante.fr

Téléphone : 03.80.41.98.21

Notification d'engagement d'adhésion de professionnels au protocole de coopération N° 11-0000000036

« Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité avec prescription de médicaments en lieu et place du médecin »

Composition de l'équipe « délégants et de délégués » adhérant au protocole de coopération :

Docteur Cyril GAUTHIER
Madame Laura OLIVERI, infirmière

n° RPPS : 10100153245
n° ADELI : 216079871

Adresse professionnelle :
Maison médicale Valmy
4 rue Lounès Matoub
Parc Valmy
21000 DIJON

Docteur, Madame,

Vous avez présenté une demande d'adhésion au protocole de coopération n°11-0000000036, intitulé :

« Consultation infirmière de suivi de patients bénéficiant d'une chirurgie de l'obésité avec prescription de médicaments en lieu et place du médecin » autorisé en région Bourgogne-Franche-Comté par l'arrêté ARSBFC/DOS/RHSS/16-0096 du 3 août 2016.

Ce protocole consistant à confier à une infirmière les actes suivants :

- poser un diagnostic médical, concernant l'état pondéral, nutritionnel et vitaminique du patient
- interpréter des résultats des glycémies, ferritinémie et des dosages sanguins en vitamines
- prescrire des vitamines et micronutriments selon un protocole défini.

a pour l'objectif de permettre l'accès aux soins des patients dans les meilleures conditions de rapidité et de qualité.

- Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.4011-1, L.4011-2 et L.4011-3 ;
- Vu l'arrêté du 31 décembre 2009 modifié relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ;
- Vu l'arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin ;

Après examen des pièces jointes à l'appui de votre demande, **votre adhésion à ce protocole n° 11-0000000036 est autorisée.**

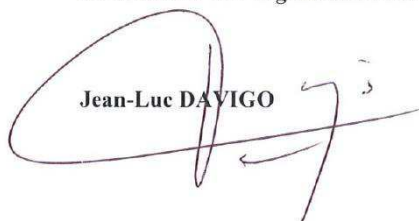
Cette notification vous permet d'exercer dans le champ défini par ce protocole de coopération et vous engage à suivre les indicateurs qui s'y rapportent. **Vous êtes tenu de transmettre à l'ARS toute modification relative à cette adhésion, tout événement indésirable grave ainsi que le suivi des indicateurs.**

Les informations recueillies à l'occasion de votre demande font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire les protocoles de coopération et les adhésions à ces protocoles.

Conformément à la loi n° 78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée (article 32), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour toutes demandes en ce sens, vous devez contacter mes services.

Pour le directeur général,
Le directeur de l'organisation des soins

Jean-Luc DAVIGO



Attention : il ne sera pas délivré de duplicata de la présente notification, aussi il est vivement conseillé de conserver l'original et de faire des copies autant que de besoin.

XI. Modules pédagogiques plateforme

Chirurgie bariatrique (ensembles des 6 modules et 22 ateliers)

1. Les techniques chirurgicales (module adapté à la chirurgie du patient)
 - 1.1. Pour qui ? et pourquoi ?
 - 1.2. Notion de parcours
 - 1.3. AGA (si anneau)
 - 1.4. Sleeve (si sleeve)
 - 1.5. Bypass (si bypass)
2. Le premier mois après la chirurgie
 - 2.1. Gestion des textures alimentaires
 - 2.2. Structure / repas-collations
3. Equilibre alimentaire post chirurgie et hydratation
 - 3.1. Macronutriments énergétiques (Glucides/Lipides/Protides)
 - 3.2. Micronutriments
 - 3.3. Hydratation
4. Tolérance alimentaire
 - 4.1. Qu'est-ce qu'un blocage ? Ses causes et ses risques ?
 - 4.2. Pourquoi une intolérance alimentaire ?
 - 4.3. Qu'est-ce que la cétose ? pourquoi est-ce dangereux ?
 - 4.4. Malaises et bypass (si bypass)
5. Les premiers mois
 - 5.1. Pourquoi des vitamines, durée des prises de vitamines
 - 5.2. Lune de miel, euphorie post-opératoire
 - 5.3. Sortir avec une chirurgie bariatrique
 - 5.4. Alcool et chirurgie bariatrique
6. Pourquoi un suivi
 - 6.1. Reprise de poids possible, comment la prévenir, comment la minimiser
 - 6.2. Perte de masse musculaire
 - 6.3. Trouble de l'image corporelle
 - 6.4. Trouble du comportement alimentaire

Ces premiers modules sont déjà en cours de réalisation pour une première utilisation en janvier 2019

2^e partie avec 12 modules (> 50 ateliers)

Comprendre le surpoids-obésité et ses prises en charge

1. Définitions / Masse grasse
2. Causes du surpoids obésité
3. Conséquences du surpoids obésité
4. Balance énergétique / métabolisme
5. Echechs des régimes restrictifs
6. Education thérapeutique

Diététique

1. Qualité nutritionnelle
 - 1.1. Glucides
 - 1.2. Lipides
 - 1.3. Protéines
 - 1.4. Equilibre alimentaire
 - 1.4.1. macronutriments
 - 1.4.2. micronutriments
 - 1.4.3. Produits laitiers
 - 1.4.4. Céréales
 - 1.4.5. Fibres
 - 1.4.6. Calories liquides
 - 1.5. Notion de densité énergétique
2. Quantité
 - 2.1. Sensations alimentaires
 - 2.2. Rythmes alimentaires
 - 2.3. Réduire sans restriction
3. Diététique et pathologies (diabète, dyslipidémie, intolérances ...)

Activité Physique

1. Balance énergétique
2. Evaluer son niveau d'activité physique
3. Types d'activité
4. Capital musculaire

5. Créer un programme d'activité physique adapté

Rapport à l'alimentation / comportement alimentaire

1. Comprendre l'histoire du poids
2. Prises émotionnelles
3. Repérer les déclencheurs
4. Améliorer la gestion des émotions
5. Gestion des envies
6. Restriction/frustration/culpabilité : la restriction cognitive
7. Addictions alimentaires