

## **I OBJECTIFS ET MISSIONS**

### **1. Missions des établissements experts la prise en charge des patients en situation d'obésité complexe**

L'obésité est une maladie chronique, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves qui nécessite une prise en charge médicale structurée. La prévalence de l'obésité sévère est élevée dans notre pays (environ 4 % de la population adulte). Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'obésité laissent craindre une progression importante de cette problématique.

La feuille de route « prise en charge des personnes en situation d'obésité 2019 – 2022 » structure la prise en charge de l'obésité en trois niveaux :

1. **Les soins de premier recours**, qui sont assurés par l'offre de proximité (médecins généralistes, centres de santé, pharmaciens, infirmiers, diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée, établissements de santé de proximité, etc.) ;
2. **Les soins de deuxième recours** (niveau infrarégional), qui s'appuient sur l'expertise des médecins nutritionnistes et peuvent être dispensés par les médecins des autres spécialités concernées. Les établissements de santé de court séjour assurent la prise en charge des patients atteints d'obésité en lien avec les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».
3. **Les soins de troisième recours** (niveau régional ou interrégional), qui sont dispensés auprès des personnes relevant de situations plus complexes, dans les centres hospitaliers universitaires, dans les CSO et en lien avec les SSR experts dans la prise en charge des patients atteints d'obésité complexe, tels que définis par le présent cahier des charges.

Le présent document décrit ainsi les prises en charge et les conditions de fonctionnement attendues des établissements de SSR du troisième niveau de recours, en s'appuyant sur les décrets relatifs à l'autorisation d'activité de SSR. La prise en charge des patients atteints d'obésité complexe s'inscrit dans le cadre des prises en charges spécifiques mentionnées dans les décrets, nécessitant une expertise particulière, dont la liste est arrêtée par le ministre chargé de la santé et qui font l'objet d'une inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La mission de ces SSR experts est d'assurer la prise en charge des patients en situation d'obésité complexe afin de prévenir / restaurer la perte d'autonomie liée à la sévérité de l'obésité, et de ses complications.

Les comorbidités de l'obésité sont à l'origine de handicaps fonctionnels parfois majeurs liés notamment aux complications mécaniques (en particulier articulaires) et cardio-respiratoires. Les conséquences sont également psychosociales, voire addictologiques et psychiatriques, et conduisent fréquemment à une stigmatisation des personnes obèses.

Les établissements de SSR sont particulièrement concernés par cette question émergente puisque les prises en charge en SSR ont pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et les limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.

Le séjour en SSR experts en obésité complexe doit permettre d'assurer la prise en charge :

- Des comorbidités complexes et invalidantes telles qu'un diabète déséquilibré, complications cardio-vasculaires, des complications pneumologiques ou ostéo articulaires invalidantes ;
- Des soins complexes des ulcères ou autre lésions cutanées ;
- Du risque de grabatisation dans un objectif de reconditionnement physique et de réautonomisation ;

- Pré et/ou post chirurgicale : pour la chirurgie bariatrique, en raison de leurs comorbidités majeures ces patients ont besoin d'un accompagnement spécifique notamment psychologique, mais également pour d'autres types de chirurgie (chirurgie orthopédique, réparatrice, transplantation d'organe...);
- Des situations sociales, psychologiques ou psychiatriques complexes pour permettre un retour à domicile adapté (logement adapté, réinsertion sociale, aide financière, aide à la toilette).

Les établissements reconnus experts en obésité complexe doivent proposer des prises en charge de l'obésité fondées sur une approche médicale, diététique, physique, éducative, psychologique et sociale pour permettre aux patients d'atteindre la meilleure condition physique, mentale et sociale possible, ainsi qu'une meilleure qualité de vie. Ils élaborent à ce titre un projet de soins personnalisé visant à rendre le patient le plus autonome possible, en intégrant la problématique du retour dans le lieu de vie, parfois peu adapté. Ils s'associent avec les soins de proximité pour organiser le suivi des compensations et complications.

En dehors de la prise en charge des cas les plus graves dans les établissements experts tels que décrit dans le présent cahier des charges, les situations d'obésité moins complexe relèvent en priorité d'une prise en charge dans les établissements SSR autorisés à la mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».

Le présent cahier des charges définit ainsi :

- Les conditions qui permettent d'inscrire l'expertise de prise en charge des patients atteints d'obésité complexe dans le cadre du contrat passé entre l'établissement et l'Agence Régionale de Santé ;
- Les conditions d'une prise en charge optimale de l'obésité complexe.

L'objectif *in fine* est de rendre l'offre de soins plus lisible et ainsi constituer des filières de prise en charge des patients avec obésité complexe plus efficaces, plus fluides et intégrant les étapes amont et aval du parcours. Il s'agit d'assurer, dans une logique de gradation des soins, l'accès à et la prise en charge globale et adaptée des patients atteints d'obésité complexe dans des établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation, en lien avec les centres spécialisés de l'obésité chargés d'animer des filières de soins avec les acteurs des territoires concernés.

## 2. Indications principales

La prise en charge en SSR expert s'adresse à des patients atteints d'obésité complexe. Le libellé complexe regroupe les profils patients suivants :

- Les patients dont l'IMC est supérieur ou égal à 40 kg/m<sup>2</sup> ;
- Les patients dont l'IMC est supérieur ou égal à 35 kg/m<sup>2</sup> et qui présentent au moins une complication ou comorbidité telle que définie par la grille French Obesity Staging System (FOSS - voir annexe) ;
- Les patients dont l'IMC est supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup> et qui présentent au moins deux complications et des comorbidités telles que définie par la grille French Obesity Staging System (FOSS - voir annexe).

Ces deux dernières situations correspondent à la définition de l'obésité multi compliquée telle que définie dans le plan Obésité 2010 - 2013<sup>1</sup>.

La complexité de la prise en charge peut être différenciée en 2 niveaux :

1. Prise en charge très complexe : les patients en perte d'autonomie relevant des indications ci-dessus ;
2. Prise en charge complexe : les patients autonomes relevant des indications ci-dessus.

Les indications principales de prise en charge en SSR pour ces patients sont variables.

---

<sup>1</sup> Plan Obésité 2010-2013 : axe 1 – mesure 1.6 Améliorer l'accueil en soins de suite et de réadaptation – action 9 « Assurer l'accès pour les patients atteints d'obésité sévère et/ou multi compliquée à des prises en charge adaptées en SSR »

## a. Situations somatiques graves ou invalidantes ou comportant plusieurs comorbidités

Ces situations recouvrent la prise en charge de complications somatiques graves ou pour une préparation à la chirurgie (ex : chirurgie cardiaque, orthopédique, bariatrique ou autre), une perte de poids « encadrée » pendant plusieurs semaines peut s'avérer nécessaire dans une perspective médicale à court et moyen termes. Entrent dans cette catégorie les patients présentant une obésité complexe, et au moins une des comorbidités sévères telle que :

1. Syndrome des apnées du sommeil (SAS), syndrome obésité-hypoventilation (SOH), insuffisance respiratoire chronique ;
2. Diabète poly compliqué avec hyperglycémie chronique non contrôlée (HbA1c > 8 %) ;
3. Cardiopathies avec dégradation de la fonction cardiaque (insuffisance cardiaque) ;
4. Affections neurologiques centrales ou périphériques ;
5. Affections ostéo-articulaires invalidantes (inclus arthrose sévère –rachidienne, coxarthrose gonarthrose etc., amputations, complications sur prothèses articulaires et autres, gonarthrose, coxarthrose, lombalgies sévères) ;
6. Insuffisance rénale chronique plus ou moins dialysée, protéinurie sévère (ex : > 1 g /24h) ;
7. Stéato-hépatite métabolique, avec ou sans fibrose, cirrhose hépatique ;
8. Dénutrition ;
9. Insuffisance veineuse grave avec plaie ulcérée.

## b. Suite de soins aigus pour les sujets nécessitant un suivi médical et des équipements adaptés

Ce type de prise en charge est proposé aux patients atteints d'obésité complexe qui sortent d'un séjour MCO pour une pathologie aiguë et dont l'état de santé n'autorise pas le retour à domicile, alors qu'une prise en charge spécialisée de l'obésité est susceptible d'avoir un effet bénéfique à court, moyen et long terme. Ces patients peuvent également venir directement du domicile.

La prise en charge des complications nutritionnelles au décours de la chirurgie bariatrique fait partie des champs concernés par cette mission.

## c. Séjours de répit et/ou sevrage complexe

Cette indication correspond au traitement (post-sevrage et/ou de sevrage prolongé) des troubles majeurs du comportement alimentaire (compulsions sévères, hyperphagie boulimique) et aux situations psychosociales complexes (psychopathologies chroniques ou syndrome anxio-dépressif récurrent, vulnérabilité sociale) ne pouvant être traitées au domicile et/ou nécessitant un éloignement du milieu familial.

Dans ce cadre, les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) proposés par l'établissement devront être ciblés sur l'acquisition et/ou le renforcement des compétences d'adaptation et pas seulement sur les compétences d'auto-soins (quant à l'alimentation et l'activité physique).

## d. Rééducation locomotrice en cas de perte d'autonomie liée à l'obésité

Cette indication concerne les patients présentant une obésité complexe avec incapacité(s) liée(s) à l'importance de la surcharge pondérale, à des complications ostéo-articulaires invalidantes et/ou à des comorbidités associées.

Pour pouvoir assurer ce type de prise en charge, l'établissement SSR expert devra disposer d'équipements adaptés à des patients de plus de 200 kg ainsi que de personnels de santé qualifiés.

L'objectif est de diminuer le risque d'évolution vers la grabatisation à court ou moyen terme et le maintien de l'autonomie.

## 3. Organisation de l'offre de soins

Idéalement, chaque région devra disposer à minima d'un établissement SSR reconnu expert dans la prise en charge de patients en situation d'obésité complexe, en proportion du besoin de la population. Dans l'idéal, chaque CSO a accès, au sein des territoires de santé qu'il dessert, à un SSR expert dans la prise en charge de l'obésité complexe. Dans une logique de gradation et selon les besoins du patient, l'établissement SSR reconnu expert devra pouvoir s'appuyer sur un réseau

d'établissements SSR spécialisés « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » identifiés.

Les établissements experts ont également vocation à jouer ponctuellement un rôle de recours et support auprès des autres pour des patients en situation d'obésité.

### **a. Lien avec le centre spécialisé pour la prise en charge de l'obésité**

Selon l'instruction N°DGS/DGOS 2011/I-190 du 29 juillet 2011, le centre spécialisé régional a une mission d'organisation de la filière Obésité, sous l'autorité de l'ARS (CPOM). Les SSR spécialisés dans la prise en charge de l'obésité complexe doivent donc établir des liens avec le ou les centres spécialisés de sa région.

Sous l'égide de l'ARS, une convention lie le centre spécialisé avec le SSR en charge d'accueillir les cas les plus complexes. La coordination se fait par le centre spécialisé régional, et le cas échéant avec le réseau régional concerné.

Il s'agit :

- De créer des liens entre les équipes et les structures pour rendre les parcours de soins plus fluides et plus lisibles et utiliser au mieux les ressources humaines – par des conventions, des fiches de liaison spécifique, un annuaire des structures et spécialistes disponibles (IRM, dentiste, spécialités médicales, transport bariatrique, services MCO avec matériel adapté...), des accès aux services d'urgences dans le cas d'apparition de complications pendant le séjour en SSR, un accès au transport bariatrique,
- D'analyser les parcours de soins et la coordination des soins au niveau territorial, y compris pour l'activité physique et la lutte contre la sédentarité ;
- De renforcer la coopération entre les structures de recours (CSO et SSR experts), les établissements de proximité sanitaire et sociaux et les professionnels de santé, notamment de ville.
- Mettre en place des RCP trimestrielles entre CSO/SSR et les professionnels de ville pour réévaluer le projet thérapeutique du patient.

Les collaborations entre les acteurs et les structures devraient être facilitées par des formations communes pour les différents acteurs, et des modalités de communication simplifiées et facilitées entre les différents acteurs.

### **b. Coordination des intervenants entre les structures d'amont et d'aval**

L'organisation coordonnée de tous les acteurs de la prise en charge est un enjeu majeur pour soutenir efficacement le patient et l'accompagner dans la réinsertion familiale, sociale et professionnelle. Il s'agit de prévenir et d'accompagner les ruptures d'équilibre ou de prise en charge, de soutenir l'entourage, de prévenir la désocialisation du patient, tout au long d'un parcours de vie difficile.

Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs (réseaux de soins notamment) peuvent venir en appui des parcours de santé de la population. Ces initiatives ont vocation à s'unifier au sein des Dispositifs d'Appui à la Coordination des parcours de santé complexes (DAC). Le SSR reconnu expert doit s'intégrer dans un dispositif sur son territoire, voire participer à sa structuration.

Le SSR expert doit par ailleurs se coordonner avec les structures de proximité à la fois en amont et en aval de la prise en charge.

Une coordination ville-hôpital peut être mise en place, en lien avec le médecin traitant, pour assurer un support dans la gestion des relations entre les professionnels de santé de premier recours et les professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité (DESC de Nutrition, endocrinologues, internistes, chirurgiens, SSR spécialisé en « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ») (deuxième niveau de recours) ou les centres spécialisés de l'obésité et les SSR experts dans la prise en charge de l'obésité complexe (troisième niveau de recours).

Les ressources nécessaires (paramédicales et sociales) susceptibles d'assurer la poursuite des projets d'éducation personnalisée en ambulatoire, lors du retour au domicile pour les patients ayant bénéficié d'une prise en charge dans un SSR, devront être mobilisées. Notamment, lorsqu'une équipe mobile d'expertise en réadaptation est présente sur le territoire, elle pourra être sollicitée par le SSR expert. Elle pourra également bénéficier d'une formation spécifique aux besoins des patients en situation d'obésité complexe. L'établissement expert pourra venir renforcer

l'équipe mobile pour accompagner les patients en situation d'obésité complexe lorsque cela est nécessaire.

L'accompagnement de proximité peut aussi être assuré dans le cadre d'une maison de santé, d'associations et de structures sociales, voire d'aide de type conseillère en économie sociale et familiale au domicile, et/ou d'un « coaching » téléphonique notamment pour les adolescents.

La traçabilité des actions éducatives et thérapeutiques réalisées pendant le séjour en SSR est une obligation (dossier éducatif, compte rendu au médecin traitant et au médecin prescripteur).

### **c. Mise en œuvre de la coordination**

Il s'agit de :

- Faciliter la création de postes à temps partagé entre le CSO et le SSR ;
- Faciliter les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les obésités les plus complexes, sur une base territoriale par la reconnaissance de l'activité et la participation pour les professionnels de santé libéraux et la mise en place de protocoles communs (par exemple pour l'ETP).

### **d. Points d'articulation avec la prévention et le médico-social**

La prise en charge médico-sociale est un des points essentiels afin de favoriser la communication et la coordination entre les structures SSR, les professionnels de santé de premier recours et les structures médico-sociales (SSIAD, structures d'aides aux personnes handicapées, services d'aide sociale) et de promotion de la santé pour renforcer la réinsertion des personnes dans leur environnement et les conduites de prévention afin d'éviter notamment les ré-hospitalisations.

La fluidité des parcours de soins repose sur l'analyse des complémentarités au sein des territoires de santé, entre l'offre de l'établissement SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile (qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux), les établissements et services médico-sociaux et les acteurs sociaux (aides à domicile, portage de repas...).

D'autres formes de prise en charge médico-sociale sont à considérer comme : l'accompagnement multidisciplinaire à domicile des personnes à mobilité très réduite et peu transportables du fait de leur obésité, le développement de l'accueil familial social des personnes adultes en situation de handicap, qui constitue une offre complémentaire de l'accompagnement au sein d'un établissement ou au domicile de la personne.

Il s'agit de :

- Améliorer l'approche médico-sociale nécessaire à la réinsertion des personnes sévèrement obèses et en particulier les liens avec les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Mettre en place de nouvelles approches adaptées au vieillissement de la population ;
- Favoriser la création d'appartements thérapeutiques adaptés aux personnes vulnérables : adultes obèses handicapés, obésité syndromique, ayant une obésité très sévère rendant difficile le retour ou le maintien à domicile ;
- Développer des actions spécifiques en maison de retraite pour faciliter l'accueil de personnes âgées obèses valides ;
- Identifier les établissements long séjours capables de prendre le relais des SSR dans chaque région ;
- Coordonner les actions sanitaires et sociales via la cellule de coordination territoriale.

## **II CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE**

### **1. Origine de la demande de prise en charge**

Ces patients peuvent venir directement du domicile, par adressage par le médecin traitant ou un spécialiste de ville, ou de structures de court séjour. L'orientation des patients les plus complexes doit être décidée en coordination avec le CSO ou un établissement associé.

Le projet thérapeutique global à long terme (articulation avec une prise en charge médicale structurée en amont et en aval) devra faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la demande de prise en charge, et pourra être confirmé, complété, voire défini, par le SSR expert.

## 2. Bilan initial

Pour tous les patients admis, le bilan initial doit permettre aux différents acteurs :

1. De disposer des éléments clés sur la situation clinique, psychologique et sociale du patient ;
2. D'inscrire le séjour en SSR recours pour la prise en charge de l'obésité complexe dans le projet thérapeutique au long cours du patient (objectifs, durée, ...),

En sus des indications de prise en charge développées ci-avant, le bilan initial est l'occasion de vérifier l'absence de toute contre-indication à une prise en charge en SSR telle que :

- Une situation psychologique incompatible avec la perte de poids ;
- Un contexte ne permettant pas l'éloignement du milieu familial ;
- Des troubles psychiatriques sévères, de dépendance à l'alcool ou à la drogue ;
- Un accès à la dialyse si besoin avec un transport adapté ;
- Certaines situations somatiques aiguës.

## 3. Le projet thérapeutique

Tout projet thérapeutique en SSR doit être élaboré par l'équipe pluridisciplinaire du SSR en lien avec le patient et le médecin prescripteur du séjour (le médecin traitant, le médecin référent de l'établissement de santé MCO ou du centre spécialisé ou le médecin du réseau régional obésité). Ce projet permet de coordonner la prise en charge et porte sur les objectifs, la durée, les modalités et l'évaluation du séjour. Il doit tenir compte de l'intervention des autres acteurs de santé dans la chaîne de soins.

La durée du séjour doit être définie sur des bases médicales en fonction du projet thérapeutique global.

Le projet thérapeutique doit inclure :

- Un diagnostic éducatif ;
- La prescription personnalisée d'une alimentation adaptée à la situation de la personne ;
- Un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) personnalisé (voir *infra*) ;
- Un soutien psychologique ;
- La prise en charge des comorbidités y compris les traitements par dispositifs médicaux (exemple : le traitement du syndrome des apnées du sommeil par pression positive continue (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP)) ;
- La rééducation motrice, réautonomisation ;
- Un projet de réinsertion sociale.

L'établissement expert assure par ailleurs l'accès aux expertises médicales nécessaires dont il ne dispose pas lui-même, avec une attention particulière pour les patients gériatriques.

## 4. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'ETP offre la possibilité d'une approche globale des maladies chroniques liées aux comportements et à l'environnement comme l'obésité, approche basée sur des concepts pédagogiques et un modèle biopsychosocial. Elle fait partie du programme de soins de l'obésité selon les recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé (HAS<sup>2</sup>). Dans le contexte des obésités complexes, c'est une ETP de renforcement et de suivi approfondi, qui doit être structurée dans un programme autorisé par l'ARS. Le traitement de l'obésité implique des modifications durables des habitudes de vie, qui se heurtent à des obstacles variés (psychologiques, culturels, sociaux, économiques...).

L'ETP comporte selon les besoins du patient :

---

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation\\_obesite\\_adulte.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf)

- Une éducation nutritionnelle individuelle et de groupe ;
- Une prise en charge des troubles des conduites alimentaires ;
- Une prise en charge des troubles du schéma corporel, de l'estime de soi ;
- Un travail sur la gestion du stress et des émotions ;
- Un programme de reconditionnement physique adapté personnalisé, mis en œuvre par des intervenants qualifiés, sur prescription médicale, afin de lutter contre la sédentarité ;
- Une prise en compte de la situation sociale afin rompre avec l'isolement ou la précarité (Evaluation par le score EPICES) ;
- Un maintien de l'autonomie (gestes et postures de la vie quotidienne, prévention des chutes, gestes d'hygiène élémentaires) ;
- Un travail sur la motivation à se prendre en charge sur le long terme ;
- Des évaluations spécifiques liées à la complexité de l'obésité.

Cette démarche éducative aide le patient à s'impliquer dans le traitement de sa maladie en partant de ses croyances et de ses représentations et à l'accompagner dans un processus de changement concernant l'alimentation, l'activité physique et la dimension psychologique et sociale. Elle est construite en lien avec le médecin traitant et le centre spécialisé pour la prise en charge de l'obésité complexe ou avec une structure de proximité sanitaire ou sociale.

## III CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT

### 1. Etablissements concernés

Seuls les établissements autorisés à la prise en charge spécialisée « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » peuvent voir la prise en charge des patients obèses complexes inscrite à leur CPOM comme activité d'expertise.

### 2. Structures des unités

L'établissement expert identifie au sein de l'unité médicale « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » les lits dédiés à la prise en charge des patients en situation d'obésité complexe, par niveaux de complexité tels que définis dans les indications de prise en charge :

1. Prise en charge très complexe : les patients en perte d'autonomie relevant des indications ci-dessus ;
2. Prise en charge complexe : les patients autonomes relevant des indications ci-dessus.

### 3. Compétences et ressources humaines

En complément des conditions de fonctionnement relatives à la mention spécialisée « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition », l'établissement expert doit disposer des compétences suivantes sur site :

- Le médecin coordonnateur dispose d'une expérience ou d'une formation attestée en nutrition ;
- De temps de psychiatre ayant des connaissances théoriques et pratiques dans la prise en charge de l'obésité complexe pour notamment la gestion des approches cognitivo-comportementales et des différentes thérapies utilisées, éventuellement mutualisé avec d'autres unités de l'établissement ;
- Du temps d'ergothérapie.

L'établissement peut par ailleurs mettre à disposition des compétences d'art thérapeute, de socio-esthéticienne, d'IDE psychosomatique, d'IDE douleur, d'IDE sommeil...

Le personnel soignant doit :

- Être formé à l'éducation thérapeutique (ETP) conformément au décret et à l'arrêté du 2 août 2010 modifié par l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP au patient :

- Plusieurs membres de l'équipe devront être titulaires du niveau 1 de formation en ETP ;
- L'un des responsables médicaux du SSR Obésité complexe ou le coordinateur du programme ETP est titulaire du niveau 2 (DU d'ETP ou équivalent).
- Etre en mesure de répondre à la prise en charge des patients obèses complexes dans toutes ses dimensions. Le travail soignant spécifique qu'impliquent ces situations est un élément clé (formation, solutions ergonomiques).

#### 4. Locaux et équipements

Les besoins en équipements médicaux et hôteliers adaptés à l'accueil et aux soins des patients sévèrement obèses ont été définis dans le rapport du Pr. Arnaud Basdevant (avril 2009)<sup>3</sup> « Plan d'action : Obésité-Etablissements de soins ». Ces équipements spécifiques sont notamment :

- Un secteur d'hospitalisation complète ou de semaine adapté au poids des patients (chambres, sanitaires et matériel d'hébergement spécifiques), notamment :
  - Lits et matelas supportant des patients de plus de 200 kg, dont certains pouvant accueillir des patients jusqu'à 400 kg ;
  - Salles de bains et sanitaires adaptés ;
  - Système de pesée jusqu'à 400 kg ;
  - Portique ou rails de mobilisation du patient avec motorisation ;
  - Autres équipements pouvant accueillir des patients jusqu'à 400 kg (fauteuil roulant, lève-malade, verticalisateur, brancard, brassard tensiomètre, fauteuil et chaise) ;
- Des salles de réadaptation et de convivialité adaptées au poids des patients ;
- Un plateau technique comportant du matériel adapté au poids des patients notamment :
  - Table de rééducation ;
  - Cycloergomètre ;
  - Vélos assis ;
  - Appareils de cardio-training et de musculation ;
  - Tapis de marche ;
  - Appareil anti-gravité ;
  - Plateforme de travail de la musculation profonde, proprioception, et de l'équilibre ;
  - Vélos à bras ;
  - Pressothérapie ;
- Un parcours de marche extérieur et un accès à une salle de sport ou d'activité physique adaptée ;
- Une salle à manger commune et une cuisine thérapeutique/éducative ;
- Une cuisine centrale adaptée à la diversité des prescriptions diététiques ;
- Un accès à l'extérieur et à des services de ville (commerces, restaurants...) ;
- Un accès à la balnéothérapie lorsque cela est possible ;
- Un accès sur place ou par convention aux équipements et aux matériels adaptés au poids des patients, y compris les matériels d'imagerie lourds (imagerie par résonance magnétique, scanners), tout particulièrement pour les patients dont l'IMC est supérieur à 50 kg/m<sup>2</sup>, et en fonction de la prévalence de cette obésité.

Les locaux doivent être adaptés à la circulation des patients et des équipements.

Le transport sanitaire des patients depuis et vers le centre expert doit être organisé et adapté au poids des patients

#### ANNEXES

Critères de la grille FOSS permettant d'identifier les situations d'obésité complexe :

- ❖ **Troubles du comportement alimentaire** (TCA) (sévères : hyperphagie boulimique -crises = quantité + perte contrôle  $\geq 1$  fois/s pdt  $\geq 3$  mois, BED DSM5-, boulimie, prises alimentaires nocturnes / majeurs : hyperphagie incontrôlable) ;

<sup>3</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_A\\_Basdevant.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_A_Basdevant.pdf)

- ❖ **Précarité** (avec 3 de ces éléments : revenus <1000 €/m, pas de logement fixe, insécurité alimentaire, privation ressentie choix très limités, accès aux repas réduit / isolement social) ;
- ❖ **Résistance à la perte de poids** (médicaments obésogènes au long cours -ex: psychotropes, corticoïdes, insuline-) ;
- ❖ **Psychotrauma** (violences physique, psychique, sexuelle, carences affectives majeures) ;
- ❖ **Handicap** (Physique –sensoriel-, psychique, cognitif ; handicaps multiples)
- ❖ **Obésités** syndromique, génétique, lésionnelle, maladies rares du tissu adipeux (ex : lipomatose multiple symétrique, lipodystrophie partielle génétique) ;
- ❖ **Comorbidités évoluées sévères, avec décompensation** ;
- ❖ **Complications de la chirurgie bariatrique** ;
- ❖ **Défaillance d'organe** / Transplantation ;
- ❖ **Invalidité** > 80 % ; périmètre de marche <50 m ; nécessité d'un aidant à domicile ; handicap : déficit sensoriel/cognitif, absence de relation sociale ;
- ❖ **Dépendance** : perte sévère d'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, grabatisation.