**Dossier de candidature**

**Appel à candidature**

**Identification du Centre Spécialisé de l’Obésité (CSO) Sud-Aquitaine**

1. **Informations générales**
   1. **Présentation du demandeur**

|  |
| --- |
| **Entité juridique**  Nom de l’établissement de santé :  Adresse :  Statut juridique :    N° FINESS :  Représentant légal (nom/prénom, fonction) :  Adresse mail :  Téléphone :  Personne en charge du dossier (nom/prénom, fonction) :  Adresse mail :  Téléphone : |

|  |
| --- |
| **Modèle envisagé**  Mono-établissement   Pluri-établissements  **Etablissement(s) porteur(s) du CSO**  Etablissement 1 :  Etablissement 2 :  […]  *Joindre les conventions avec le(s) établissement(s) si modèle pluri-établissements.* |

* 1. **Projet d’établissement**

*Indiquer en quoi la demande d’identification en tant que CSO intègre le projet d’établissement.*

* 1. **Nature de la demande**

*Préciser en quoi le projet répond au contexte global du territoire, notamment par une analyse des besoins non couverts.*

1. **Composition de l’équipe CSO**

|  |
| --- |
| **Responsable médical du CSO**  Nom/prénom :  Adresse mail :  Téléphone : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipe CSO**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Nom/prénom | Coordonnées (adresse mail, téléphone) | Profession/formation (spécialité, diplôme) | ETP | | Coordinateur(s) médical(aux) |  |  |  |  | | Coordinateur(s) paramédical(aux) |  |  |  |  | | Coordinateur(s) administratif(s) |  |  |  |  | | Autres professionnels |  |  |  |  | |

1. **Missions du CSO**
   1. **Missions M1 (obligatoires)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipes missions M1**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | Services et/ou établissements | Référent médical (nom/prénom) | | Médecine adulte |  |  | | Médecine pédiatrique |  |  | | Chirurgie bariatrique |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Filière médicale adulte | Filière médicale pédiatrique | Filière chirurgicale | | Moyens humains dédiés à la prise en charge de l’obésité | | | | | ETP endocrinologue/ nutritionniste dédié obésité |  |  |  | | ETP pédiatre |  |  |  | | ETP chirurgien |  |  |  | | ETP diététicien |  |  |  | | ETP psychologue |  |  |  | | ETP psychiatre/pédo-psychiatre |  |  |  | | ETP APA |  |  |  | | ETP kinésithérapeute |  |  |  | | ETP infirmier de coordination |  |  |  | | Autres |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **Prise en charge des obésités sévères, complexes ou très complexes : niveau 3 de l’offre de soins graduée**  *Préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges, pour les trois filières (adulte, pédiatrie, chirurgie bariatrique) :*   * *Types de prise en charge possible : HDJ, HDS, HC, consultations, programmes d’ETP, téléexpertise, équipe mobile, parcours de transition, parcours obésité rare, parcours de suivi des grossesses, parcours pour les mineurs…* * *Activité actuelle ou projetée : file active, nombre total de consultations médicales, nombre total HDJ, nombre de chirurgies bariatriques pratiquées…* |

|  |
| --- |
| **Appui à la coordination cliniques des parcours individuels des patients relevant de situations d’obésité complexe et suivis au sein du CSO**  *Préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges, pour les trois filières (adulte, pédiatrie, chirurgie bariatrique) :*   * *RCP territoriales de recours, revues de morbi-mortalité…* * *Orientation vers des programmes d’ETP de proximité/associations de patients…* |

* 1. **Missions M2 (obligatoires)**

|  |
| --- |
| **Construction des filières obésité au niveau des territoires**  *Préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Mise en place d'une filière territoriale dédiée à la prise en charge de l'obésité comprenant les 3 niveaux de la gradation des soins et dans ses 3 composantes (adulte, pédiatrie, chirurgie bariatrique)* |

|  |
| --- |
| **Participation à l’animation et au développement des filières obésité**  *Préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Collaboration avec les acteurs et structures concernés de niveau 1, 2 et 3 (établissements MCO, établissements SMR, RéPPOP, professionnels de ville, DAC, CPTS, MSP, centres de santé, ESS, associations locales de patients, acteurs médico-sociaux...)* * *Organisation des actions de sensibilisation, d'information, de formation, de rédaction de protocoles conformes aux recommandations de l'HAS* * *Liens avec les acteurs des autres filières de soins (maladies rares, diabète, TCA…) et les professionnels des services d'urgence* * *Promotion de la mise en place d'outils de communication et de dossiers de soins sécurisés (e-parcours)* |

|  |
| --- |
| **Appui expert auprès des professionnels de premier et de deuxième recours pour les patients pris en charge en dehors de la file active du CSO**  *Préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Télé-expertise, RCP de proximité ou de recours…* * *Orientation vers des programmes d’ETP de proximité/associations de patients…* |

* 1. **Missions M3 (optionnelles)**

|  |
| --- |
| **Appui de l’ARS pour la construction et l’animation des filières obésité**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Documentation des besoins des acteurs* * *Participation à l’établissement du diagnostic territorial de l’organisation des soins* |

|  |
| --- |
| **Contribution à l’offre de formation**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Actions de formation (AFNH, DPC ou autre)* |

|  |
| --- |
| **Contribution aux expérimentations et projets innovants**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Expérimentations et/ou projets innovants (dont expérimentations article 51)* |

|  |
| --- |
| **Contribution à la prise en charge des obésités de causes rares et/ou des obésités syndromiques**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges :*   * *Reconnaissance en qualité de Centre de Référence Maladies Rares (CRMR) ou Centre de Compétence (CCMR)* * *Participation aux RCP PRADORT régionales et/ou nationales* |

* 1. **Missions M4 (optionnelles)**

|  |
| --- |
| **Fonction inter régionale d’appui**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges.*   * *Missions d'appui auprès d'autres CSO* * *Missions d'appui auprès des établissements et des professionnels d'Outre-mer* |

|  |
| --- |
| **Contribution à la recherche en obésité**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges.*   * *Participation à des travaux de recherche en lien avec un centre de recherche en nutrition humaine (CRNH), un centre d'investigation clinique (CIC), un centre de recherche ou une unité de recherche universitaire ou institutionnelle labélisée* * *Participation à des travaux de recherche en lien avec le réseau FORCE* |

|  |
| --- |
| **Coordination nationale des établissements identifiés comme CSO**  *Si le CSO souhaite se positionner sur cette mission, préciser les actions qui seront mises en place en lien avec le cahier des charges.*   * *Membre du CA du GCC-CSO* * *Participation à un ou plusieurs groupes de travail proposés par le GCC-CSO* |

1. **Equipements du CSO**

|  |
| --- |
| **TDM adapté(s) au sein du CSO**  *Si oui, préciser le poids maximum et le diamètre anneau.* |

|  |
| --- |
| **IRM adaptée(s) au sein du CSO**  *Si oui, préciser le poids maximum et le diamètre anneau.* |

|  |
| --- |
| **Chambre(s) adaptée(s) (avec rails) aux patients > 200kg (pour hospitalisation complète)**  *Si oui, préciser le nombre de chambres mises à disposition.* |

|  |
| --- |
| **Véhicule(s) bariatrique(s)**  *Si oui, préciser le nombre de véhicules bariatriques disponibles.* |

1. **Informations techniques et financières**
   1. **Délais de réalisation**

|  |
| --- |
| *Préciser les délais de mise en œuvre du projet présenté, en identifiant clairement la date de début de l’activité, les différentes phases de mise en œuvre et de montée en charge.* |

* 1. **Financement du projet**

|  |
| --- |
| *Estimation des dépenses et des recettes prévisionnelles au vu de l’enveloppe allouée par l’ARS.* |

Date :

Signature du représentant légal de l’établissement : Signature du PCME de l’établissement :