

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} mars 2021 relatif à l'expérimentation « Gestion du parcours de santé dans l'obésité (GPSO) »

NOR : SSAH2106928A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;
Vu l'arrêté du 24 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;
Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 15 février 2021 ;
Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « Gestion du parcours de santé dans l'obésité (GPSO) »,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'expérimentation « Gestion du parcours de santé dans l'obésité (GPSO) », telle que définie dans le cahier des charges susvisé, est autorisée pour une durée de cinq ans à compter de l'inclusion du premier patient.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1^{er} mars 2021.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*
Pour le ministre et par délégation :
*La chef de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*
C. LAMBERT

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. VON LENNEP

ANNEXE

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTÉ

Cahier des charges

Gestion du parcours de santé dans l'obésité (GPSO)

Nom du porteur : association GRESMO, 25, rue de Schio, 91350 Grigny.

Personne contact : Monique Romon.

Mail : romonnut@gmail.com.

Tél. : 06-33-41-63-66.

<p>Résumé du projet</p> <p>L'obésité est une maladie chronique dont l'histoire naturelle est de s'aggraver au cours de la vie. C'est une maladie qui touche 4 fois plus les populations socialement défavorisées, et plus particulièrement les femmes. L'objectif du projet est de favoriser la prise en charge précoce et l'accompagnement sur le long terme des personnes adultes obèses afin de prévenir l'évolution vers l'obésité sévère et les complications de l'obésité.</p> <p>Il repose sur 3 axes :</p> <p>1° Un <u>parcours de santé gradué</u>, fluide et accompagnant le patient sur le long terme ;</p> <p>2° Le <u>maillage territorial</u> d'une offre de soins cohérente reposant sur : - une équipe pluriprofessionnelle de proximité ; - l'identification et la formation de tous les acteurs du parcours au niveau d'un territoire en décloisonnant les distinctions ville/hôpital, public/privé, secteur de la santé et secteur social ;</p> <p>3° L'<u>élaboration d'un système d'information adapté à l'obésité</u>, compatible avec les plateformes territoriales existantes réalisé au niveau national en co-construction avec les différents acteurs du parcours.</p>
--

CHAMP TERRITORIAL :	
Local	
Régional	
National	x

CATÉGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :	
Organisation innovante	x
Financement innovant	x
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :	
V1 : novembre 2018	V5 : 30 juillet 2020
V2 : 28 novembre 2019	V6 : 2 décembre 2020
V3 : 24 janvier 2020	V7 : 14 janvier 2021
V4 : 24 mai 2020	

Description du porteur

L'association GRESMO, association loi 1901, créée depuis 2001, est porteuse du réseau de santé obésité ROMDES Ile-de-France, partenaire dans la mise en œuvre de l'expérimentation et assurera la responsabilité de l'hébergement structurel du projet. Elle se mettra ainsi en support administratif du projet et en centralisera la gestion financière. Les comptes annuels de GRESMO sont certifiés par un commissaire aux comptes.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation

1. Le réseau de santé régional obésité adultes Ile-de-France Romdes

Le réseau ROMDES est un des réseaux « centres de ressources régionaux » en Ile de France (IDF) et est spécialisé sur l'obésité adulte. ROMDES a pour objet l'amélioration de la coordination du parcours de santé des personnes adultes atteintes d'une obésité sévère et en situation complexe, et a étendu depuis 2012, sous l'égide de l'ARS IDF, son territoire d'intervention aux départements prioritaires (93, 95, 94, 91, 77).

Il a une mission d'appui à l'orientation, coordination et accompagnement des parcours de santé des personnes obèses, l'orientations/suivi de patients, des professionnels de santé sur les départements prioritaires en IDF. Pour répondre à cette mission, ROMDES a développé des liens sur les territoires, avec les partenaires sanitaires, aux structures d'exercice et collectif (CPTS, MSP et centres de santé) ainsi qu'aux collectivités territoriales (contrats locaux de santé) et aux structures médico-sociales ainsi que plus récemment avec les plateformes d'appui à la coordination pour leur apporter une expertise sur la thématique de l'obésité.

Dépassant les missions actuelles de ROMDES, le projet GPSO permettrait au réseau notamment d'expérimenter l'élargissement de sa population cible aux personnes en situation d'obésité, ne relevant pas des critères de sévérité et/ou de situation complexe et un parcours structuré de prise en charge globale de l'obésité de proximité, ancré sur un maillage territorial et de premier recours tel que recommandé dans la feuille de route obésité. ROMDES pourra s'appuyer sur ses ressources déjà disponibles pour mettre en œuvre les missions en cours (financées par le FIR) pour faciliter la coordination départementale du dispositif GPSO.

2. Association Rest'O

Rest'O est une association loi 1901 créée en 1999 et qui a pour objet d'aider les patients obèses :

- à vivre mieux et à prévenir les conséquences personnelles et sociales de leur affection ;
- à s'orienter dans le parcours de soin et trouver la prise en charge la mieux adaptée au plus près de chez eux.

Elle développe des actions de santé qui font le lien entre les acteurs du soin et ceux du social.

Elle a, depuis 2003, mis en place un programme d'éducation à la santé pour les personnes obèses et plus de 2 000 personnes ont été prises en charge. Dans le cadre du projet elle est co-porteur du projet pour la région des Hauts-de-France et son équipe multiprofessionnelle sera impliquée plus particulièrement pour l'accompagnement des patients de la métropole lilloise.

3. Le centre spécialisé de l'obésité (CSO) du CHR d'Orléans

Le CSO du CHR d'Orléans a deux missions principales :

- assurer la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité sévère et complexe en s'appuyant sur des compétences spécifiques et un plateau technique adapté ;
- organiser la filière de soins dans la région Centre-Val de Loire pour les départements du Loiret, d'Eure-et-Loir et de l'Indre (la région Centre-Val de Loire compte 2 CSO, Orléans et Tours), dans une démarche d'animation et de coordination des acteurs pluridisciplinaires impliqués dans la prise en charge de la maladie, qu'ils soient établissements de santé, libéraux et médico-sociaux.

Le CSO constitue des recours sur le territoire à différents niveaux :

- patients ;
- professionnels de santé ;
- recherche clinique, innovation ;
- évaluations de nouvelles procédures ;
- éducation thérapeutique ;
- relais d'information.

Le CSO organise la filière obésité qui a comme objectif de garantir un accès aux soins de qualité, équitable à toute personne en surpoids ou obèse sur le territoire régional. La prise en charge spécifique de l'obésité et/ou de ses complications : l'enjeu est de proposer et maintenir un traitement spécifique, durable et intégré de façon cohérente dans le parcours de soins. La prise en charge d'autres pathologies non directement liées à l'obésité : l'enjeu est de garantir aux patients obèses des conditions optimales d'accueil, d'hébergement, une qualité et une sécurité des soins identiques à celles offertes aux patients non obèses.

4. Partenariats existants entre les 3 co-porteurs

Les 3 co-porteurs ont travaillé ensemble à l'élaboration du projet, mettant en commun leurs expériences. Cette collaboration s'est concrétisée lors de l'épidémie récente du COVID où les liens établis ont permis de mettre très rapidement en place une plateforme numérique d'accompagnement des patients (la Plateforme Confinement Obésité). Cette plateforme a rapidement fédéré des professionnels publics et privés des territoires de GPSO, mais s'est élargie à d'autres territoires avec la participation d'une dizaine de CSO, et plus de 500 patients ont pu s'inscrire et bénéficier des activités d'accompagnement offertes sur la plateforme. Nous souhaitons continuer cette expérience dans le cadre de GPSO et travaillons avec une start-up sur une plateforme de gestion du parcours d'éducation issue de cette expérience.

Une deuxième initiative commune s'est mise en place dans le cadre des travaux de GPSO, afin de mettre en commun une réflexion sur la formation des acteurs du soin primaire et secondaire dans l'obésité.

Les co-porteurs ont initié un groupe de travail destiné à mettre en place des outils communs de e-learning dans le domaine de l'obésité.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en annexe 3

5. Partenariats territoriaux

Les dispositifs de coordinations territoriaux en matière de santé se sont beaucoup développés. Ils sont des partenaires naturels de GPSO :

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) qui deviennent progressivement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : elles s'organisent à l'échelle d'un département. Elles sont un support aux professionnels dans la coordination des parcours complexes des patients atteints de pathologies chroniques (information et orientation, appui à l'organisation, soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles...). Cette équipe permet une coordination des moyens sur l'ensemble d'un département. Elle peut être un relais dans la communication, un

soutien dans le recrutement de professionnels de proximité et une aide méthodologique et pédagogique dans des domaines comme l'éducation thérapeutique du patient.

Dans la région Centre-Val de Loire, la construction de ce projet a été réalisée avec l'aide et le soutien de la PTA du Loiret Appui Santé Loiret. Cette même dynamique se fera avec la PTA de Loir-et-Cher Escalé Santé et Indre Diapason 36.

En Ile-de-France, le DAC Nord Seine-et-Marne (ex-réseau de santé tri-thématique GOSPEL) est partenaire du réseau ROMDES dans l'élaboration d'un parcours de santé obésité adulte modérée, et partie prenante du projet GPSO.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : elles regroupent des professionnels d'un même territoire qui interviennent ensemble pour fluidifier le parcours de soins des patients (premier et second recours). Cette équipe est une aide au recrutement des professionnels sur un territoire. Elle permet également de nous aider à communiquer sur le projet GPSO auprès des professionnels libéraux.

ROMDES a participé à l'élaboration du projet médical de la CPTS APES (Centre Essonne) notamment au projet de prévention de l'obésité adulte. ROMDES est aussi partenaire de la CPTS Hygie (Nord Essonne) notamment par rapport à ses actions de prévention des maladies cardiovasculaires. ROMDES est aussi partenaire actif des CPTS et répond à des besoins d'expertise, d'orientation, d'appui à la place de programme d'éducation thérapeutique des patients adultes en situation d'obésité. Une nouvelle CPTS est en construction dans le territoire de Lagny-sur-Marne et un partenariat avec ROMDES est engagé dans le cadre du parcours santé obésité modérée.

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) :

Les partenaires de GPSO sont constitués autour d'une équipe de professionnels de santé de soins primaires d'une même zone géographique à forte prévalence de l'obésité autour d'un projet de santé commun, témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune. Les équipes d'associés sont le plus souvent composées de médecins, diététicien(ne)s, infirmier(e)s, et psychologues qui peuvent constituer la base de l'équipe pluriprofessionnelle de proximité.

Dans les territoires de l'Essonne et de Nord de la Seine-et-Marne, ROMDES est en appui au déploiement d'accompagnement éducatifs des structures à exercice collectif comme les MSP : analyse de besoins des professionnels et de leur patientèle, mise en place d'actions éducatives après constitution d'une équipe éducative multidisciplinaire par site.

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais des collaborations existent d'ores et déjà avec deux MSP : la MSP du Sapin Vert à Watrelos et la MSP le Lys D'or à Rumegies et avec deux associations de professionnels de santé qui ne sont pas encore constituées en MSP : le Centre médical de l'Alma à Roubaix et l'association des professionnels de santé de Marcq en Baroeul. Par ailleurs, pourront être intégrées au dispositif 6 MSP de l'Artois, et 3 MSP de la métropole lilloise.

Les centres spécialisés de l'obésité (CSO) :

Les CSO ont comme mission en outre d'améliorer la prise en charge multidisciplinaire des obésités et de participer à l'animation territoriale pour l'organisation de la filière des soins. Ils travaillent en coopération avec les acteurs du parcours obésité pour assurer l'accès aux soins et améliorer la coordination de la prise en charge de leurs patients adultes atteints d'obésité sévère, notamment l'optimisation de l'offre de soins en aidant à organiser et à planifier les parcours de soins, en amont et en aval des hospitalisations, l'appui à la coordination des acteurs impliqués dans la prise en charge, la facilitation de l'articulation ville hôpital et la participation aux actions de formation des professionnels de santé dans le domaine de l'obésité.

En Ile-de-France, les territoires de l'Essonne (91) et de la Seine-et-Marne Nord (77), ROMDES a mis en place une convention avec l'Assistance publique-hôpitaux de Paris soit le CIO Nord et le CSO Sud de Ile-de-France, en 2014. Dans le territoire du 77 Nord, le CIO Nord (Hôpital Avicennes et Hôpital René Muret) participe à la structuration du parcours obésité médicale dans la démarche de coordination des acteurs pluridisciplinaires impliqués dans toutes les étapes (sensibilisation, formation, évaluation pluridisciplinaire, prise en charge médico éducatif, suivi). Dans le territoire du 91 centre, le CSO Sud (HEGP, Hôpital Henri Mondor) constitue un recours dans la prise en charge des obésités sévères, notamment des patients en situation complexe avec de multiples comorbidités, en amont ou en aval de chirurgie bariatrique, un handicap. Les experts du CSO participent aux actions de formation.

Dans les Hauts-de-France : des collaborations existent entre l'association Rest'O et le CSO de Lille depuis la création de l'association en 1999. Depuis 2004 l'association participe au maillage territorial du CHU de Lille, en assurant l'éducation thérapeutique des patients dans les centres sociaux de la métropole. Une convention a été signée en 2012.

Le CSO d'Arras est également très impliqué dans le maillage territorial et un projet tripartite est en cours entre le CSO d'Arras, l'association Rest'O et l'association Les Anges Gardiens pour un accompagnement des patients dans le bassin minier.

Dans la région Centre :

Depuis 4 ans, une équipe pluriprofessionnelle motivée pour améliorer la prise en charge des personnes vivant avec un excès pondéral se réunit sous l'impulsion du centre spécialisé de l'obésité d'Orléans et de Diabolo (devenu aujourd'hui Appui Santé Loiret et porteur de la PTA du 45) environ 4 fois par an sur ½ journée.

Les objectifs de ces rencontres sont de :

- mobiliser une partie des acteurs de la prise en charge ;

- harmoniser les pratiques ;
- créer de nouveaux outils ;
- apprendre à travailler ensemble en fournissant les conditions nécessaires à l’articulation du rôle des différents acteurs.

Avec la création de la CPTS’O en 2018, ces réunions ont été élargies à l’ensemble des acteurs, en touchant plus spécifiquement les professionnels de santé libéraux.

En 2019, avec la CPTS’O, le CSO et MSP Longues Allées ont entrepris un cycle de formation à l’obésité :

- physio-pathologie (1 soirée) ;
- les outils de la prise en charge (1 journée) ;
- l’entretien motivationnel (3 soirées) ;
- le plan personnalisé de coordination en santé ou PPCS (1 soirée avec l’ensemble des autres groupes de travail de la CPTS’O).

Aujourd’hui, cette équipe dynamique souhaite pouvoir bénéficier de moyens permettant d’améliorer l’accessibilité aux soins.

Les structures sociales et associatives :

Le rôle des structures sociales est majeur dans le repérage précoce des patients de milieu défavorisés qui ont un recours tardif au soin.

Une des originalités de GPSO est de les intégrer totalement dans le parcours à ces différentes étapes :

1° Le repérage des patients car ces structures sont au premier contact de patients parfois éloignés du système de soins ;

2° L’éducation pluriprofessionnelle : le maillage territorial permet de délivrer l’éducation au sein des locaux des partenaires sociaux, centres sociaux ou locaux associatifs, cette organisation facilite la socialisation des patients ;

3° L’accompagnement au long cours des patients par leur intégration dans les activités.

Dans l’Essonne, ROMDES participe à des actions de prévention santé organisées par plusieurs villes ayant des quartiers politiques de la ville comme Grigny, Evry, Savigny-sur-Orge, Athis-Mons ou des Ulis.

Dans le Nord de la Seine-et-Marne, ROMDES a développé une convention de coopération avec la ville de Meaux afin de faciliter la mise en relation avec les associations locales caritatives, la maison diabète et obésité, le centre d’actions sociales pour conduire des activités notamment à propos des actions de prévention et des actions éducatives et des programmes d’éducation thérapeutique Obésité.

Dans le Nord :

A Wattrelos : la municipalité très active dans le domaine de la santé rassemble les acteurs dans un conseil de santé dont l’association Rest’O est un des membres. Ce conseil de santé a facilité l’établissement d’un partenariat entre l’association Rest’O et l’union des centres sociaux de Wattrelos. Dans ce cadre, en lien avec la MSP de la Sapin Vert, a débuté un programme d’accompagnement des chômeurs en situation d’obésité.

A Roubaix il existe un partenariat entre l’association Rest’O, l’université populaire et citoyenne de Roubaix. Dans le cadre ce partenariat, l’association Rest’O développe un programme d’accompagnement des personnes obèses, à destination des populations défavorisées, pour des actions en faveur d’une alimentation saine et durable, en lien avec le centre médical de l’Alma et les centres sociaux de l’Epeule et de l’Alma.

A Marcq-en-Barœul, l’association Rest’O a signé une convention de partenariat avec le centre social et culturel de la ville, et y développe un programme d’éducation pour la santé à destination des personnes en situation d’obésité.

A Saint-Amand, la municipalité met à disposition de Rest’O une salle pour l’éducation à la santé ainsi que les locaux sportifs.

Dans le Pas-de-Calais :

Le CSO développe depuis plusieurs années des actions de promotion dans les centres sociaux d’Arras.

L’association Rest’O a depuis plusieurs années un partenariat avec l’association Les Anges Gardiens, qui favorise l’insertion des chômeurs de longue durée et l’alimentation durable par la production et la distribution de paniers alimentaires. Dans le cadre de ce partenariat des cours de cuisine permettent l’accompagnement sur le long terme des personnes après le cycle d’éducation. Dans le cadre de GPSO ces projets pourront se développer dans le bassin minier.

Dans la région Centre-Val de Loire, les associations Diapason 36 et ANSEA 37 contribuent au maillage territorial en proposant des prises en charges spécifiques de l’obésité.

Les associations de patients :

Lorsqu’elles existent elles contribuent au repérage précoce des patients et à leur accompagnement sur le long terme par le développement de groupes de paroles, d’activité diverses comme l’activité physique adaptée, des conférences, des trocs...

En Ile-de-France, ROMDES travaille en partenariat avec l’association Poids Plume, qui participe à la mise en œuvre des programmes ETP Obésité Adultes.

Dans les Hauts-de-France, le Falesco, dont l'association Rest'O est membre, fédère et soutient les associations de patients.

En Région Centre Val-de-Loire, des collaborations existent depuis plusieurs années, avec des associations de patients comme l'ASECK et Les obèses anonymes.

I. – Contexte et constats

En France métropolitaine, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 17 %, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. L'obésité est une maladie chronique plurifactorielle, aux nombreuses comorbidités, marquant des inégalités sociales (elle touche 4 fois plus les populations défavorisées, notamment les femmes [1]) et dont le coût socio-économique déjà important va aller croissant (2). Une estimation récente a chiffré le coût social de l'obésité et du surpoids en 2012 à 20,4 Md€ (3) ces chiffres, basés sur les prévalences actuelles d'obésité risquent d'exploser dans les années futures du fait de plusieurs facteurs :

- tout d'abord un effet générationnel lié à l'augmentation jusqu'alors ininterrompue de la prévalence de l'obésité dans la population. Si rien n'est fait, les prévisions donnent une prévalence de l'obésité à 25 % de la population en 2025, induisant ainsi autant de nouvelles difficultés socio-sanitaires et autres dépenses supplémentaires (4) ;
- au-delà de la prévalence générale de l'obésité, le risque est également de voir les cas s'aggraver et les obésités lourdes et sévères augmenter du fait du caractère évolutif de l'obésité qui, sans intervention, s'aggrave tout au long de la vie, évoluant pour une partie des patients vers de l'obésité sévère à la prise en charge plus lourde et complexe (5). Ce phénomène particulièrement marqué chez les femmes de milieux défavorisés, aurait pour conséquences un accroissement des inégalités sociales et une explosion des coûts pour la collectivité (6) ; l'épidémie récente du covid-19 a confirmé la sévérité de maladie. La majorité des patients atteints de formes sévères ayant nécessité la réanimation étaient obèses (7) (8) ;
- enfin du fait du déficit actuel de prise en charge de premier recours adaptée et d'un parcours de santé coordonné pour l'obésité, on assiste à l'augmentation anormalement élevée du nombre de chirurgies de l'obésité (triplement en 10 ans), explicitée « *par l'échec de la prévention de l'obésité, par les limites de la prise en charge médicale de ces patients et par une faible régulation d'ensemble des prises en charge* » (9).

La combinaison de ces facteurs laisse donc présager une hausse continue de la prévalence générale de l'obésité en France et de ses comorbidités associées, favorisant l'augmentation des cas les plus sévères et l'explosion des coûts, sans qu'une réelle réponse adaptée soit opérante en ville à ce jour.

Il apparaît donc indispensable de répondre à cette problématique majeure de santé publique, en innovant par l'élaboration d'un mode de prise en charge efficient, facilement reproductible sur l'ensemble du territoire, et permettant à minima la **stabilisation rapide et à long terme du poids des personnes en obésité et en surpoids**. Ce parcours viserait ainsi à améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes en situation d'obésité, à offrir aux professionnels de premier recours les conditions nécessaires pour accompagner ces personnes, et enfin à réduire les coûts directs (prise en charge sanitaire et médico-social) et indirects (coût social, baisse de productivité...) induits par l'obésité, tout particulièrement lorsqu'elle évolue vers l'obésité sévère.

Afin d'atteindre cet objectif, l'expérience conjointe des structures porteuses et professionnels de GPSO validée par les recommandations du premier axe de la feuille de route ministérielle de « *Prise en charge de l'obésité 2019-2022* » (10) montrent qu'il est nécessaire d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité par la structuration de parcours de soins gradués et coordonnés (dont l'efficacité a été démontrée [11]) afin d'éviter la prise de poids et les complications qui en découlent.

Actuellement de nombreux freins s'opposent à cette prise en charge :

- la stigmatisation de l'obésité en soi empêche les patients, notamment issus d'un milieu défavorisé, d'évoquer leur problème de poids, voire même d'en prendre simplement conscience, entraînant un recours tardif. Aussi, **souvent la détection et la première consultation ne peuvent avoir lieu qu'à un stade d'obésité avancé**, rendant la prise en charge plus lourde et compliquée ;
- le manque d'information, de formation, de temps, de coordination des soins de premier recours, et notamment des médecins généralistes, rend également **l'entrée d'une personne en situation de surpoids ou d'obésité dans un parcours de santé difficile**. Les professionnels peuvent avoir un sentiment d'impuissance et de complexité face à l'obésité de leurs patients. Ils hésitent ainsi souvent à évoquer la maladie, en raison du vécu très stigmatisé de l'obésité et du sentiment de manque d'efficacité professionnelle face à ce sujet pluri-factoriel à la dimension psycho-sociale très forte pour laquelle ils peuvent se sentir démunis ;
- **l'accès à l'éducation sous toutes ses formes, pilier de la prise en charge, est par ailleurs difficile pour de nombreux patients**. Les modèles de financement de l'éducation thérapeutique sont aléatoires et peuvent décourager les associations et les professionnels. L'éducation est souvent cantonnée à l'hôpital où peu de patients peuvent avoir accès pour des raisons structurelles et/ou de proximité ;
- enfin d'un point de vue transversal, **un accompagnement ambulatoire continu et durable de la personne en situation d'obésité, de la détection à la sortie du parcours, par l'ensemble du tissu social et sanitaire du territoire, est aujourd'hui quasi-impossible malgré ses bénéfices avérés pour les patients, les professionnels et ses coûts réduits pour la collectivité**. Ce modèle impose en effet une coordination de parcours via une prise en charge pluri-professionnelle et une évaluation qui ne sont actuellement ni organisées, ni valorisées pour l'immense majorité des cas d'obésité. Seuls les cas les plus complexes peuvent

dans certains territoires bénéficier d'un suivi sur mesure, ce qui renforce les inégalités et ne contribue pas à limiter l'épidémie d'obésité en cours, mais simplement à gérer l'urgence des cas les plus extrêmes.

Aussi, le projet GPSO propose de lever ces freins par la mise en place d'un parcours de santé ayant pour principes directeurs :

- le **repérage précoce** par la sensibilisation de l'ensemble des acteurs de premier recours du territoire ;
- la mise en place d'**une prise en charge médico-éducative réalisée en proximité immédiate du patient et si possible au sein des structures sociales et en ambulatoire par une équipe multiprofessionnelle** mêlant à minima : médecine générale, diététique, psychologie et activité physique adaptée ;
- un **accompagnement personnalisé, continu et sur le long cours des patients** par la mise en réseau au niveau d'un territoire de tous les acteurs de la santé mais également du tissu social et du milieu associatif est réalisé. Il vise à apporter aux patients les ressources nécessaires à leur autonomie durable face à toutes les difficultés inhérentes à l'obésité, et facilitant ainsi leur insertion dans le tissu social et une amélioration de leur qualité de vie.

Ce parcours de santé sera rendu possible par **un modèle coordonné de parcours de santé, soutenu par la mise en place d'une forfaitisation** prenant en compte l'évaluation des patients, l'éducation et la coordination des acteurs, actuellement non prises en charge par l'assurance maladie.

Il s'appuiera sur la réforme du système de santé actuellement en cours notamment avec la mise en place des CPTS et le décloisonnement sur chaque territoire, entre professionnels et entre structures.

II. – Objet de l'expérimentation (résumé)

Cette expérimentation vise à détecter, accompagner les personnes en surpoids et obèses prises en charge afin de les aider à stabiliser leur poids et améliorer leur qualité de vie. Ceci, grâce à la mise en place au sein des territoires concernés par l'expérimentation d'un parcours de santé gradué et cohérent, reposant sur une équipe pluridisciplinaire de santé coordonnée autour du patient.

III. – Objectifs

1. Objectifs stratégiques

Objectif 1 : améliorer durablement la santé et la qualité de vie des personnes en situation d'obésité ;

Objectif 2 : offrir aux professionnels des soins de premiers recours les conditions organisationnelles, techniques et financières leur permettant d'accompagner efficacement les personnes en situation d'obésité ;

Objectif 3 : limiter à long terme la croissance de l'obésité sévère et les impacts médico-économiques de l'obésité.

2. Objectifs opérationnels

a. Améliorer durablement la santé et la qualité de vie des personnes en situation d'obésité

- favoriser le repérage précoce et l'entrée dans un parcours de santé des personnes obèses, plus particulièrement celles qui sont socialement défavorisées ;
- favoriser l'éducation pluriprofessionnelle de proximité en santé adaptée à l'obésité afin de développer l'estime de soi ; et donner à ces derniers les outils leur permettant d'adopter des comportements plus favorables à leur santé ;
- maintenir ces changements de comportements sur le long terme grâce à l'insertion des patients dans les structures médicales et sociales de proximité ;
- limiter les impacts sur la vie professionnelle ;
- prévenir les ruptures dans le parcours de santé des patients et garantir une prise en charge personnalisée, remboursée et fluide.

b. Offrir aux professionnels des soins de premiers recours les conditions organisationnelles, techniques et financières leur permettant d'accompagner efficacement les personnes en situation d'obésité

- mettre en place un financement innovant permettant de développer une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité ;
- développer chez les professionnels de premier recours les compétences d'abord et d'écoute des personnes obèses, et améliorer la qualité de la relation soignant - patient dans la prise en charge de l'obésité ;
- créer un maillage territorial et une coordination assurant l'accompagnement continu des patients en s'appuyant sur les structures existantes (CPTS, DAC, MSP...) ;
- adapter les systèmes d'information (SI) à la prise en charge coordonnée de l'obésité, conforme à la stratégie numérique ma santé 2022 (12) et sa doctrine technique et déclinée dans chaque territoire afin d'assurer la compatibilité avec les plateformes territoriales existantes. Sa co-construction se fera avec les différents acteurs du parcours, les institutions et les sociétés savantes.

c. Limiter à long terme les prévisions
et les impacts médico-économiques de l'obésité

- favoriser au niveau d'un territoire le déclouisonnement entre acteurs du soin et du social, et entre la ville et l'hôpital ;
- assurer la pertinence des soins au regard de la situation du patient ;
- structurer un dispositif de premier recours efficient, favorisant une prise en charge précoce de l'obésité et limitant à terme la nécessité des hospitalisations ;
- positionner le médecin généraliste/traitant au cœur du parcours de santé de la personne en situation d'obésité ;
- stabiliser le poids des patients obèses intégrant le parcours et prévenir l'apparition et/ou l'aggravation de comorbidités liées à la maladie.

IV. – Description du projet

1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

Le projet GPSO s'articule autour de 3 grands axes :

- un **parcours de santé gradué** accessible et inclusif sur le long terme favorisé par un **financement innovant** :
 - identifiant les différentes étapes du parcours ;
 - fléché sur le patient et son parcours, et non sur des structures ;
 - associant un financement adapté à chaque étape du parcours ;
- un **maillage territorial** permis par le **déclouisonnement** des situations d'exercice ville/hôpital, public/privé, secteur de la santé et secteur social par l'identification et la formation de tous les acteurs du parcours au niveau d'un territoire ;
- l'harmonisation des **systèmes d'information pour les adapter à la prise en charge coordonnée de l'obésité**, compatibles avec les plateformes territoriales et services numériques nationaux et réalisée en co-construction avec les différents acteurs du parcours.

a. Le parcours de santé obésité de GPSO : accessible, gradué avec un accompagnement inclusif sur le long terme

Ce parcours se déroule en 4 étapes séquencées répondant chacune à des enjeux spécifiques de la lutte contre l'obésité identifiés dans la partie I ci-avant. Il a été pensé pour garantir une prise en charge efficace de la maladie et des résultats pour le patient.

Comme détaillé par ailleurs dans la partie financement, l'ensemble du parcours bénéficie d'un financement forfaitaire innovant, limitant grandement les freins (notamment financiers) à l'entrée et à la soutenabilité d'un parcours de santé obésité pour les patients, mais aussi améliorant la capacité de mise en œuvre de ce parcours coordonné par les différents professionnels.

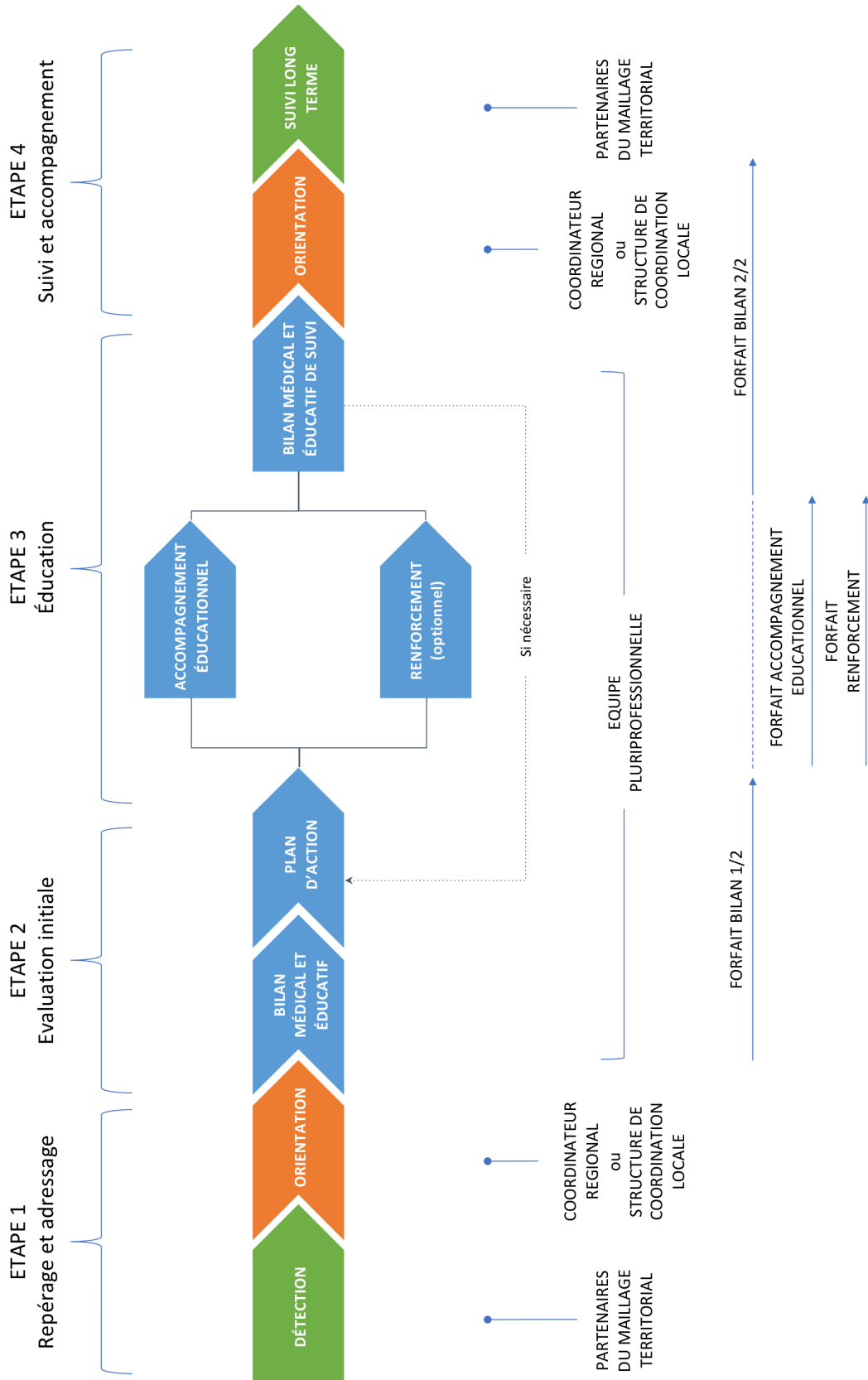


Schéma du parcours GPSO

1^{re} étape : Repérage et adressage des patients

Grâce au maillage territorial, le repérage peut être fait :

- par un professionnel des soins de premier recours ;
- par des associations de patients ;
- par des structures médico-sociales, PMI, centres de santé... ;
- par les travailleurs sociaux.

L'objectif est d'aborder sans stigmatisation la personne obèse et lui proposer un accompagnement, ou de prendre contact avec le coordinateur départemental ou la structure de coordination *ad hoc* (CPTS, CSO, DAC, réseau...). Dans ce dernier cas, le coordinateur départemental GPSO, salarié de la structure co-porteuse, valide l'éligibilité du patient à entrer dans le parcours, prend contact avec ce dernier, l'informe des modalités du suivi ; et après acceptation du patient, l'oriente vers le référent et la consultation d'évaluation initiale.

2^e étape : L'évaluation initiale

Deux bilans différents : **le bilan médical et le bilan éducatif.**

Les éléments de cette évaluation globale correspondent aux recommandations de l'EASO (13).

– Le bilan médical :

Il est réalisé par le médecin traitant du patient ou par un médecin faisant partie de l'équipe pluriprofessionnelle locale.

Il comprend :

- l'anamnèse de l'obésité :
 - évolution du poids du patient ;
 - identification des causes de prise de poids en recherchant les liens avec les évènements de vie, les modifications de mode de vie, et les traitements éventuels ;
 - tentatives antérieures d'amaigrissement ;
- les antécédents médicaux ;
- les comorbidités et des facteurs de risque cardio-vasculaire ;
- évaluation psychosociale ;
- le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) ;
- l'avis médical.

– Le bilan éducatif :

Il est réalisé par le membre de l'équipe pluriprofessionnelle de proximité **réfèrent de proximité du patient** : diététicien, infirmier, psychologue, infirmière Asalée etc. qui explore à l'aide d'un guide d'entretien standardisé les dimensions non abordées lors de la consultation médicale. Ce guide est actuellement en cours de standardisation entre les équipes.

Cette personne reste ensuite le professionnel référent de proximité du patient dans son parcours :

- il est l'interlocuteur privilégié du patient ;
- il s'assure du bon déroulement du parcours du patient.

Ce bilan éducatif comprend :

- l'exploration des attentes et des représentations actuelles du patient sur la maladie obésité ;
- l'exploration des habitudes de vie et des comportements :
 - alimentaire : circonstances des prises alimentaires, modalités ;
 - activité physique : identification des freins et leviers ;
- exploration de l'environnement psycho-affectif ;
- recueil des auto-questionnaires validés permettant de compléter les éléments recueillis et les scores obtenus seront utilisés comme critères d'évaluation :
 - le comportement alimentaire, TFEQ R21 (14) ;
 - l'activité physique Questionnaire de Ricci et Gagnon ;
 - la qualité de vie DUKE ;
 - la précarité, score de Pascal ;
 - le niveau socio-culturel.

Ces questionnaires ont été choisis car ils sont courts et validés scientifiquement. De plus, dans le cadre de nos activités l'expérience auprès de nombreux patients a montré leur acceptabilité, leur commodité et leur sensibilité au changement.

Une synthèse et une proposition de prise en charge sont réalisées par le référent de proximité et le médecin à la fin de ces deux bilans.

Les patients sont orientés selon le protocole suivant :

Patients avec un IMC compris entre 25 et 40 :

1. Prise en charge des comorbidités éventuelles dans le cadre du droit commun ;
2. Programme collectif d'éducation dans le cadre du projet.

Patients au-delà d'un IMC de 40 :

1. Prise en charge des comorbidités éventuelles dans le cadre du droit commun ;
2. Orientation en fonction des résultats de l'évaluation :
 - vers le programme collectif d'éducation (dans le projet) ;
 - vers une prise en charge individuelle (20 % des patients) (dans les conditions définies par le projet) : psychologique (TCA sévère, dépression) et/ou diététique (incompatibilité avec les séances collectives : phobies sociales, incompatibilité avec les horaires de travail...) et/ou activité physique (déconditionnement partiel) et/ou sociale (précarité...) ;
 - vers un SSR obésité pour reconditionnement (droit commun) (patient déconditionné à l'effort, invalidité motrice, pathologie articulaire invalidante) ;
 - vers un centre spécialisé de l'obésité (CSO [droit commun]).

En cas de discordance entre les conclusions des deux évaluations, le cas donne lieu à une concertation.

3^e étape : Education

En fonction des profils de patients, deux parcours d'éducation sont possibles.

Parcours 1 : programme d'éducation collective

Orientation :

- c'est le programme collectif d'éducation privilégié et par défaut, sauf indication du médecin traitant ou du nutritionniste.

Capacité envisagée :

- 80 % des patients inclus au programme.

Modalités de fonctionnement :

- les séances se font en *groupes fermés* composés en moyenne de 10 personnes (entre 8 et 15) ;
- elles sont *délivrées au plus proche du lieu de vie* des patients dans des lieux d'accueil qui peuvent différer en fonction de l'organisation territoriale :
 - centre social (facilitant ainsi l'insertion dans les activités de suivi) ;
 - salle municipale ;
 - local d'association ;
 - maison de santé pluriprofessionnelle ;
 - centre d'examen de santé... ;
- elles peuvent également être délivrées de manière digitale en fonction des contraintes particulières ;
- le programme est délivré en 8 séances :
 - les séances sont organisées de manière hebdomadaire ou bimensuelle. L'ensemble du programme dure ainsi 3 à 4 mois ;
 - chaque séance collective dure 2 heures et se déroule sur des horaires facilitant le maintien de l'activité professionnelle ;
 - le programme est mis en œuvre par au moins 3 professionnels de l'équipe de proximité (diététicien, psychologue, enseignant APA) et chaque séance peut être co-animée.

Parcours 2 : programme d'éducation individuelle

Orientation :

Ce programme est constitué de 8 consultations assurées suivant le besoin par un(e) diététicien(ne) et/ou un(e) psychologue et/ou un éducateur en activité physique adaptée. Il peut être renouvelé une fois. La décision de renouvellement est prise lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

Capacité envisagée :

30 % des patients inclus au programme (20 % prise en charge initiale, et 10 % en renforcement).

Modalités de fonctionnement :

Il est prescrit par le médecin (traitant ou nutritionniste) et dans les cas suivants :

- en substitution du programme de groupe (20 % des patients inclus) en cas d'incompatibilités avec les séances collectives : phobies sociales, horaires de travail inadaptés... ;
- en renforcement du programme initial :
 - TCA grave, nécessitant une prise en charge psychologique ;

- déconditionnement à l'activité physique avec bilan de la condition physique et orientation par un professionnel de l'activité physique adaptée ;
- nécessité d'un reconditionnement à l'activité physique par un kinésithérapeute ou en SSR (droit commun).

4^e étape : Suivi et accompagnement du patient

Cette étape dure deux ans dans le cadre de l'expérimentation et comporte deux parties :

– Le suivi par les professionnels de santé

Le médecin traitant ou le médecin nutritionniste du patient assure le suivi de manière biannuelle pendant deux ans (compris dans le forfait bilans).

Si besoin, le médecin renouvelle une fois la prescription du programme d'éducation individuelle, en tenant compte des avis qui lui sont adressés par les professionnels assurant la mise en œuvre de la prise en charge.

Cette évaluation prendra en compte :

- des critères évalués par auto-questionnaire ;
- du poids ;
- des activités mises en place et suivies par le patient ;
- en cas de discordance, le cas est présenté en RCP.

– L'accompagnement du patient

Il est réalisé par les associations et structures qui participent au maillage territorial : associations de patients en premier lieu, associations locales d'activités physiques, associations de quartiers et centres sociaux. Le patient est orienté vers ces structures par les équipes pluridisciplinaires. Ces structures sont des structures qui organisent habituellement des activités favorisant la socialisation du patient et le maintien des changements de comportement : séances d'activité physique, cours de cuisine, jardinage collectif, mais aussi, activités culturelles, théâtre, arts plastiques...

Seront également proposés au patient des accompagnements via les réseaux sociaux et les outils numériques, qui se sont mis en place à la faveur de l'épidémie de covid-19. Ces prestations d'accompagnement ne sont pas incluses dans le forfait et se feront dans le cadre des actions associatives et des réseaux existants actuellement.

b. Le maillage territorial et l'équipe pluriprofessionnelle pour une prise en charge décloisonnée du patient

L'organisation et la gouvernance du projet telle que présentée ci-après, prévoit un **maillage des territoires à plusieurs échelons**.

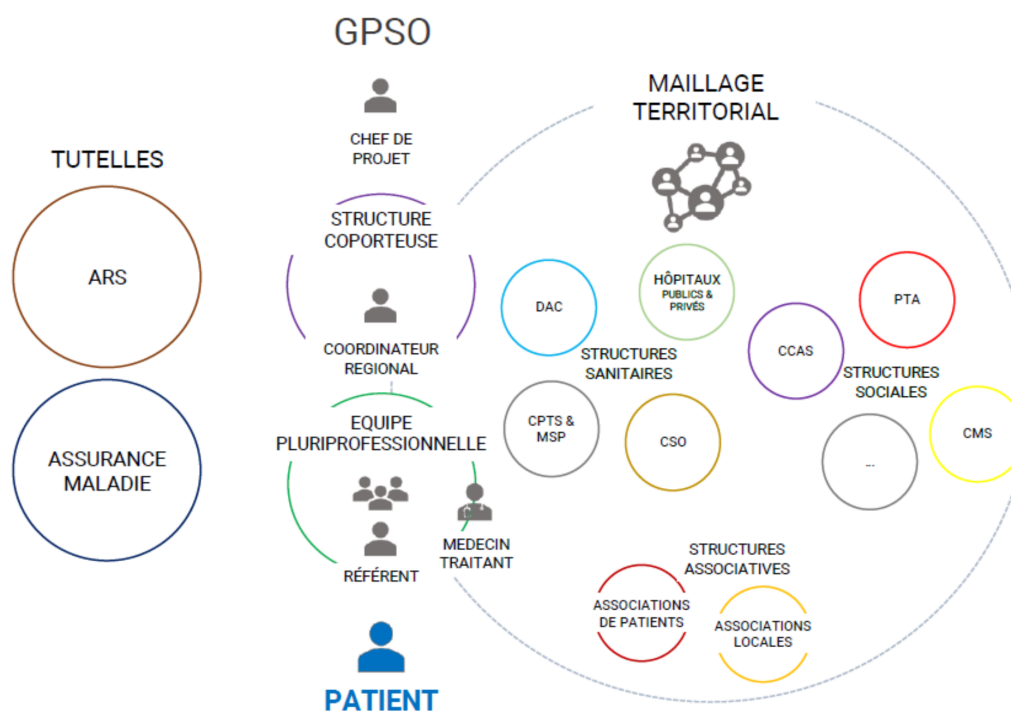


Schéma organisationnel GPSO

- **l'équipe pluriprofessionnelle** de chaque territoire sera chargée de l'animation des séances collectives comme individuelles ;
- au sein de chaque équipe un **référént sera désigné pour chaque patient. Il sera chargé de l'accompagnement et de la coordination de l'évaluation du patient** au cours du parcours GPSO ;
- pour chaque territoire, **le coordinateur régional GPSO animera la communauté de professionnels et assurera le relais avec tous les partenaires régionaux du projet (CPTS, DAC, PAT, CSO...) tout au long du projet.** Les coordinateurs régionaux seront sous la responsabilité et salariés des structures co-porteuses du projet. Leurs missions pourront être portées par des collaborateurs déjà en place dans les structures co-porteuses, ou donner lieu à un recrutement en fonction des situations dans chaque région ;

– *Pierre angulaire du dispositif GPSO au contact du patient, l'équipe pluriprofessionnelle locale*

Chaque équipe pluriprofessionnelle sera formée avant le début du projet et couvrira un territoire donné à proximité immédiate d'une cohorte de patients.

Ses missions :

- la mise en œuvre des séances éducatives ;
- l'appui au parcours individuel et à l'accompagnement par le référént de proximité du patient : évaluation multidimensionnelle, rappels des RDV, réajustements, transmissions d'information partagées en lien avec le médecin traitant, recueil et transmission des indicateurs d'évaluation, traçabilité des interventions et de l'évolution des objectifs thérapeutiques éducatifs ;
- l'organisation de RCP si besoin ;
- le déclenchement de la facturation du forfait patient au regard de l'avancée dans le parcours et sa transmission à la structure comptable et financière centrale ;
- la relation avec les différents dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours CSO, CPTS, DAC, avec l'aide du coordinateur départemental GPSO.

Composition et fonctionnement :

- elle comporte toujours au moins un médecin, un(e) diététicien(enne), un(e) psychologue, un éducateur en activité physique adaptée
 - cette équipe peut également comprendre des infirmiers, des infirmiers Asalée, des assistants sociaux, des éducateurs spécialisés, des kinésithérapeutes ;
 - sa composition tiendra compte des ressources locales de professionnels.

Ces professionnels doivent être formés à l'abord de la personne obèse et à la posture d'éducation thérapeutique proposée par GPSO sans que la formation de 40 heures soit obligatoire pour l'ensemble de l'équipe (au moins une personne formée aux 40 heures par équipe) ;

- elle peut être constituée de professionnels travaillant dans le public ou le privé, libéral ou salarié (CH, association, réseau...) ;
- son exercice peut être isolé ou regroupé avec d'autres professionnels (MSP, CMS...).

– *En support de l'équipe pluriprofessionnelle et du lancement du projet sur chaque territoire, le coordinateur régional GPSO*

Son statut :

- le coordinateur régional GPSO est placé sous l'autorité et salarié de la structure co-porteuse du projet de son périmètre territorial.

Ses missions :

- assurer le recrutement et l'animation du réseau de professionnels du projet (équipe pluriprofessionnelles et référents) ;
- gérer la facturation et les rémunérations des professionnels ;
- organiser et planifier la formation des professionnels en partenariat avec les CSO ;
- assurer la communication et l'information des partenaires du territoire (en lien avec les DAC, CPTS, CSO...) ;
- assurer le reporting auprès du chef de projet et du comité de pilotage.

– *En support interrégional et à la coordination générale du projet, le chef de projet*

- il agit au niveau interrégional sur tous les sujets transverses au pilotage du projet ;
- il est garant de la bonne exécution et de la performance opérationnelle du projet ;
- il assure le pilotage global du projet, sous l'autorité du comité de pilotage ;
- il assure le suivi de l'évaluation du projet GPSO en relation avec l'équipe d'évaluation externe.

– **Au cœur du maillage territorial : la formation**

– **Objectifs**

Cette formation se fera sur deux niveaux :

1^{er} niveau : cette formation concerne tous les acteurs du soin primaire : en premier lieu les médecins de soin primaire, mais également les autres professionnels de santé et les travailleurs sociaux et responsables associatifs.

Ses objectifs sont de lever les freins et donner des leviers pour l'abord et l'accompagnement des personnes obèses.

- lever les freins ; faire changer les représentations sur l'obésité et diminuer la stigmatisation. Cet objectif concerne l'ensemble des acteurs ;
- donner des leviers ; apporter aux médecins généralistes les connaissances et les informations leur donnant envie d'accompagner les personnes obèses.

2^e niveau : cette formation est destinée à tous les médecins et les professionnels qui s'impliqueront dans le parcours de santé sur le territoire.

Cette formation aura plusieurs objectifs :

- former lorsque ce n'est pas encore fait à l'attitude éducative ;
- former à la maladie obésité ;
- former à l'exercice coordonné de GPSO.

– **Modalités**

Ce parcours de formation se déroule en *blended learning* associant des formations en présentiel et à distance :

E-Learning :

Mise en place d'une plateforme de e-learning. Cette plateforme comportera :

- pour le 1^{er} niveau des interventions courtes, des modalités d'apprentissage ludiques ;
- pour le 2^e niveau des modules pédagogiques interactifs.

Cette plateforme mise en place dans le cadre de GPSO a pour vocation d'être réalisée avec les sociétés savantes SFN, AFERO, Collège de médecine générale, les CSO et les associations de patients partenaires ; elle sera accessible à l'ensemble des professionnels au-delà des territoires impliqués dans GPSO.

Dans ce cadre sera créée une boîte à outils régulièrement actualisée comprenant :

- le partage d'outils et ressources mis à disposition par les équipes en région et par les groupes de travail nationaux. Cet espace permet également de dynamiser la communauté (dans l'esprit de ce que font les québécois sur leur portail : <https://centdegres.ca/magazine/>). Cette boîte à outils sera commune aux obésités pédiatriques et adultes ;
- différents supports de e-learning seront créés :
 - outils de sensibilisation ;
 - dispositif de formation en ligne (briques qui viennent s'ajouter à des contenus déjà existants) ;
 - création d'outils spécifiques GPSO (SI GPSO, facturation...) ;
 - développement de tutoriels ;
 - création de fiches pédagogiques pour utiliser les outils déjà existants.

Formations en présentiel :

Organisées au niveau des territoires en lien avec le CSO. Ces formations sont pluriprofessionnelles.

Les objectifs seront :

- améliorer les habilités ;
- échanger sur les pratiques (évaluation des pratiques professionnelles) ;
- fédérer les acteurs d'un territoire ;

– **Effectifs**

1^{er} niveau de formation : + de 1 000 professionnels car accessible par le biais d'une plateforme à l'ensemble des professionnels au-delà du territoire de GPSO

2^e niveau de formation : + environ 160 personnes sur la base de 31 équipes et d'une moyenne de 5 personnes par équipe (diététicienne, psychologue, professionnel de l'activité physique adaptée, médecin, patient expert).

c. Le système d'information au service de l'exercice coordonné adapté à l'obésité

Conformément aux orientations définies dans la stratégie nationale ma Santé 2022, sa feuille de route « accélérer le virage numérique » et la doctrine technique associée, les systèmes d'information retenus dans le cadre du projet GPSO se fondent sur quelques grands principes constructeurs et répondants à 3 objectifs stratégiques de nature complémentaire, à savoir faire connaître et communiquer, gérer le projet, outiller le parcours patient.

– ***Faire connaître et communiquer***

- Décrire le projet pour les professionnels impliqués ou partenaires et pour la population des patients ou de leur entourage

Cette description pourra alimenter les sites institutionnels des organisations impliquées mais devra être également répercutée dans le site « sante.fr » pour donner au projet la visibilité qu'il mérite et soutenir l'adhésion de nouveaux professionnels et le repérage de patients. C'est également un support de diffusion de recommandations auprès du public que le projet pourra alimenter au même titre que d'autres projets de prise en charge de l'obésité avec lesquels cette communication devra idéalement être analysée.

- Publier les coordonnées des équipes impliquées selon les territoires

Les coordonnées des équipes au fur et à mesure de leur entrée dans le projet, les ROR (répertoires opérationnels des ressources) de chaque région sont le support de choix (mais non exclusif) pour diffuser ce type d'information. Les ROR sont interopérables entre eux et permettent une interrogation non limitée aux frontières administratives, ils sont interfacés à sante.fr qui donne une visibilité « grand public » des informations dont ils disposent.

– ***Gérer le projet***

- Facturer les forfaits, gérer les rémunérations et les finances du projet

Compte tenu des spécificités liées à la gestion des projets article 51, un circuit d'information spécifique devra être construit pour outiller cette activité. Il n'a pas vocation à perdurer au-delà de l'expérimentation article 51.

- Alimenter les évaluations (interne et externe)

Adapter les SI aux exigences du fonctionnement et de l'évaluation des projets article 51.

– ***Outiller le parcours patient***

- Accès professionnels

Outiller le parcours de soins en s'appuyant sur les logiciels métiers des personnels impliqués et sur l'accès aux services numériques d'appui à la coordination au travers de ces outils en respectant la diversité des orientations régionales et veillant à l'utilisation des services socles nationaux (INS, DMP et MSSanté) ;

Promouvoir et appliquer autant que possible les référentiels d'interopérabilité du cadre national (CI-SIS) et proposer une harmonisation des contenus spécialisés dans la prise en charge de l'obésité ;

Prenant en compte la diversité des territoires et des organisations il sera nécessaire de proposer à chaque territoire une déclinaison pratique de l'outillage des parcours selon que l'organisation retenue est sur un modèle centralisé ou distribué.

- Accès patients

L'accès du patient aux informations qui le concernent et sa capacité à échanger avec son équipe de prise en charge sont autant de leviers du succès. Le patient a accès à son DMP ce qui constitue une première façon, déjà disponible, d'échanger (numériquement) avec lui. La mise à disposition et la montée en charge de l'ENS dont la messagerie sécurisée du patient par la CNAM à partir de 2022 découplera les possibilités d'échanges directs.

Enfin, certaines applications dédiées au patient sont en cours de développement qui si elles sont référencées dans l'ENS pourront constituer autant de vecteur d'une implication forte du patient dans le déroulement de son parcours.

2. Population cible

a. Critères d'inclusion

- âge > 18 ans ;
- poids IMC > 30 kg/m² ou entre 25 et 30 avec prise de plus de 10 % du poids l'année précédente ou avec comorbidités.

b. Critères d'exclusion

- personne déjà engagée dans un parcours de chirurgie bariatrique ;
- obésité syndromique ou accompagnée de retard mental profond ou ne permettant pas de communiquer ;
- non-compréhension de la langue française.

3. Effectifs concernés par l'expérimentation

3 régions Hauts-de-France, Centre-Val de Loire, Ile-de-France avec 8 territoires d'expérimentation :

- 5 territoires à N1 avec une inclusion de patients sur 3 ans :
 - Nord (Hauts-de-France), Seine-et-Marne et Essonne (Ile-de-France), Loiret et Indre (Centre-Val de Loire) ;
- 3 territoires à N2 avec une inclusion de patients sur 2 ans :
 - Pas-de-Calais (Hauts-de-France), Indre-et-Loire et Loir-et-Cher (Centre-Val de Loire).

Nous estimons une inclusion moyenne de 150 patients par région la première année avec une augmentation sur 2 ou 3 ans.

Territoire	Inclusions N1	Inclusions N2	Inclusions N3	TOTAL
Hauts-de-France	150	250	350	750
Centre-Val de Loire	150	500	700	1350
Ile-de-France	150	300	500	950
TOTAL	450	1 050	1 550	3 050

Tableau d'inclusion des patients

3 050 patients seront inclus sur 3 ans.

4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

GPSO repose sur une dynamique de proximité, regroupant l'ensemble des professionnels investis dans la prise en charge de l'obésité sur un bassin de vie, quels que soient leur mode d'exercice (isolé, groupé) et leur statut (salarié, libéral).

- le médecin traitant assure le suivi médical du patient dans le programme (2 fois par an). Ce médecin peut être médecin nutritionniste, endocrinologue ou un médecin généraliste ayant suivi la formation GPSO de 2^e niveau ;
- le professionnel de santé paramédical (diététicien, psychologue, APA) qui réalise le bilan éducatif initial est le coordinateur du parcours du patient ; il doit informer le médecin traitant et l'équipe prenant en charge le patient à chaque étape de son parcours, en particulier au travers du DMP et/ou d'une messagerie sécurisée de santé ;
- les autres professionnels de santé prenant en charge le patient (médecins, diététicien, psychologue, infirmier, kinésithérapeute, éducateur APA), libéraux ou hospitaliers, assurent la prise en charge médicale, les séances éducatives et l'accompagnement du patient. Ils renseignent le carnet de suivi du patient (papier et/ou numérique) ;
- les acteurs du milieu social et associatif, notamment les associations de patients ont pour rôle l'accompagnement du patient au sein des activités qu'ils organisent habituellement. Ils participent également au repérage et à la sensibilisation des patients.

5. Terrain d'expérimentation

Les territoires choisis dans ces 3 régions sont particulièrement touchés par la désertification médicale, en premier lieu la région Centre-Val de Loire.

Le territoire d'expérimentation regroupe des territoires de 3 régions (8 départements) particulièrement touchés par l'obésité, comparées à la prévalence nationale de 15 % en 2012 (Obépi Roche [*]) :

- les Hauts-de-France, (Nord et Pas-de-Calais). C'est la région la plus touchée par l'obésité en France métropolitaine, avec une prévalence de 21,3 % (*) en 2012, 25,6 % dans la cohorte Constance en 2016 ;
- la région Centre-Val de Loire représenté par les départements du Loiret, de l'Indre, de Loir-et-Cher et d'Indre-et-Loire. La prévalence y est de 16,9 % (*) ; 18,5 % dans le Loiret dans la cohorte Constance en 2016 ;
- l'Ile-de-France (Essonne et Seine-et-Marne), avec une prévalence de 14,4 % (*) en moyenne, reconnue avec une prévalence doublée dans les territoires à forte précarité.

Les atouts communs de ces territoires sont :

- des professionnels sont déjà identifiés, formés et engagés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation d'obésité ;
- des médecins, diététiciens, psychologues, éducateurs APA, infirmiers, libéraux ou salariés ; actuellement des équipes formées travaillent sur ces territoires, elles permettent le démarrage du projet et contribuent à former les nouveaux acteurs entrant dans le dispositif ;
- une prise en compte de la précarité : dans le Nord et dans le Loiret, les séances éducatives peuvent se dérouler en centre social ;
- une expertise de l'obésité, au travers d'un suivi médical et éducatif structuré : tous les départements portent ou relayent un programme ETP obésité, autorisé ou non par leur ARS, porté par des associations (ou réseaux) ou par des établissements de santé.

6. Durée de l'expérimentation

La durée de l'expérimentation est de 5 ans. La période d'inclusion des patients est de 3 ans.

Comme indiqué dans le tableau d'inclusion des patients ci-dessus, le schéma de déploiement imaginé vise à élargir à de nouveaux territoires au fur et à mesure de l'avancement de l'expérimentation.

La durée de suivi minimale est de 2 ans.

Les études à long terme du maintien du poids après amaigrissement ont montré que la perte de poids est maximale la première année puis il existe une reprise progressive (15), d'où la nécessité d'un suivi prolongé du patient. La prise en charge par le médecin de premier recours doit être poursuivie au long cours en « routine ».

Feuille de route de la phase préparatoire

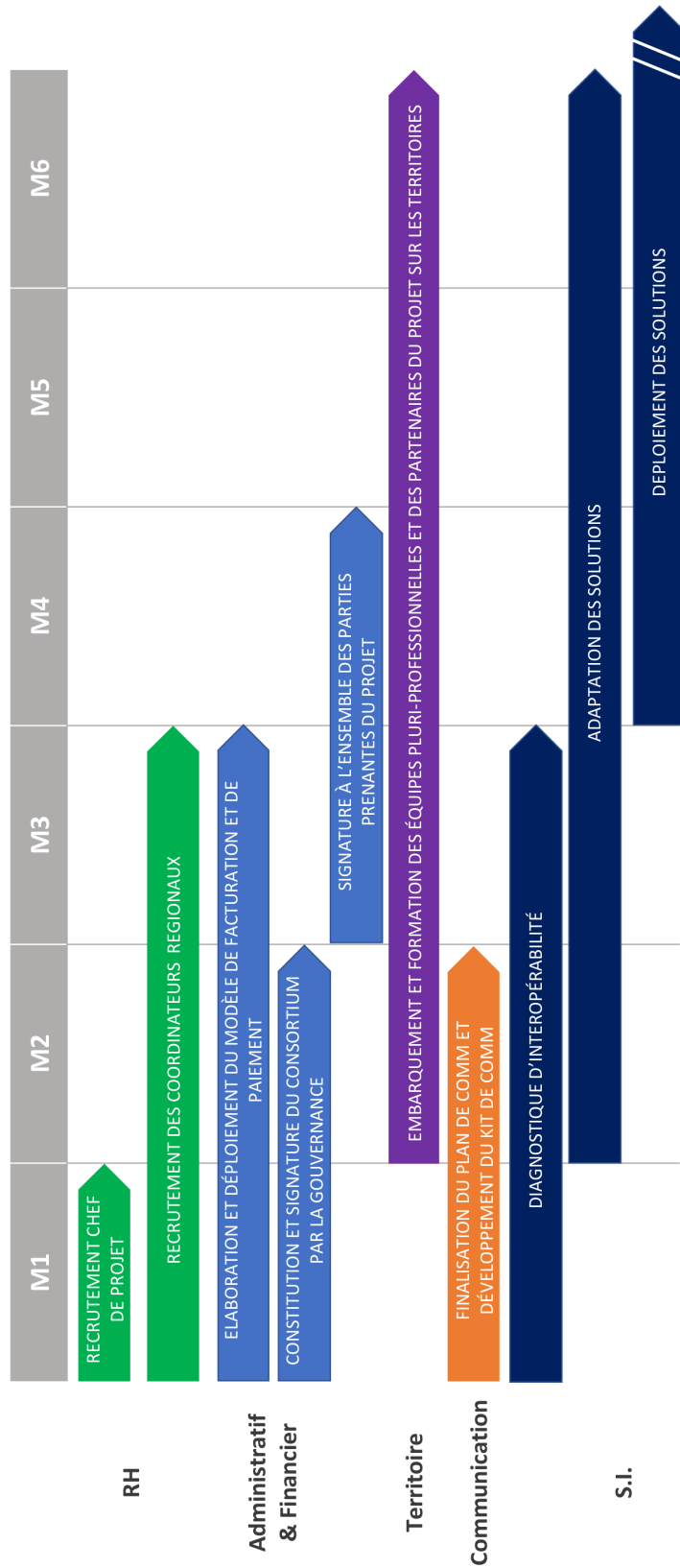
La phase d'amorçage du projet durera 6 mois et aura pour objectif majeur la mise en place organisationnelle et opérationnelle du projet avec l'ensemble des parties prenantes du projet.

Durant cette période allant de M1 à M6 plusieurs thématiques seront traitées :

- Ressources humaines :
 - recrutement du chef de projet M1 ;
 - recrutement des différents coordinateurs régionaux M1 à M3 ;
- Administratif & financier :
 - constitution et signature de l'accord de consortium par l'ensemble des membres du comité de pilotage M1 à M2 ;
 - signature de la convention par l'ensemble des parties prenantes du projet (équipes pluriprofessionnelles et autres partenaires) M3 à M4 ;
- Territoire :
 - embarquement des équipes pluriprofessionnelles M2 à M6 ;
 - identification, embarquement et formation de premier niveau des acteurs du maillage territorial par les coordinateurs régionaux pour la détection des patients M2 à M6 ;
- Communication :
 - finalisation du plan de communication M1 ;
 - développement du kit de communication M2 ;
- Systèmes d'information :
 - diagnostic d'interopérabilité M1 à M3 ;
 - adaptation des solutions M2 à M6 ;
 - déploiement des solutions M4 à M12.

Afin de garantir la tenue des délais, **la plupart de ces points seront anticipés avant le début du projet**, et ce au plus tard dès la phase d'accélération. Au terme de ces 6 mois, les premiers patients seront pris en charge.

Durant cette phase d'amorçage, certaines ressources pourront être densifiées afin d'assurer la tenue des objectifs. Ainsi le chef de projet et les coordinateurs régionaux verront leurs charges augmenter durant cette période jusqu'à la mise en croisière du projet.



7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

Modèle de collaboration

- le fonctionnement de GPSO sera régi par une convention de collaboration aussi appelée « Accord de consortium » détaillant notamment :
 - les engagements de GPSO vis-à-vis des tutelles ;
 - la structure de gouvernance et le fonctionnement de la comitologie du projet ;
 - la nature des responsabilités de chaque co-porteur de projet ;
 - la nature des partenaires ainsi que le modèle de collaboration avec ces derniers ;
- l'association GRESMO porteuse du réseau de santé obésité ROMDES Ile-de-France assurera la responsabilité de l'hébergement structurel du projet. Elle se mettra ainsi en support administratif du projet et en centralisera l'intégralité de la gestion financière. Les comptes de l'association seront certifiés par un commissaire aux comptes.

Schéma de gouvernance et comitologie

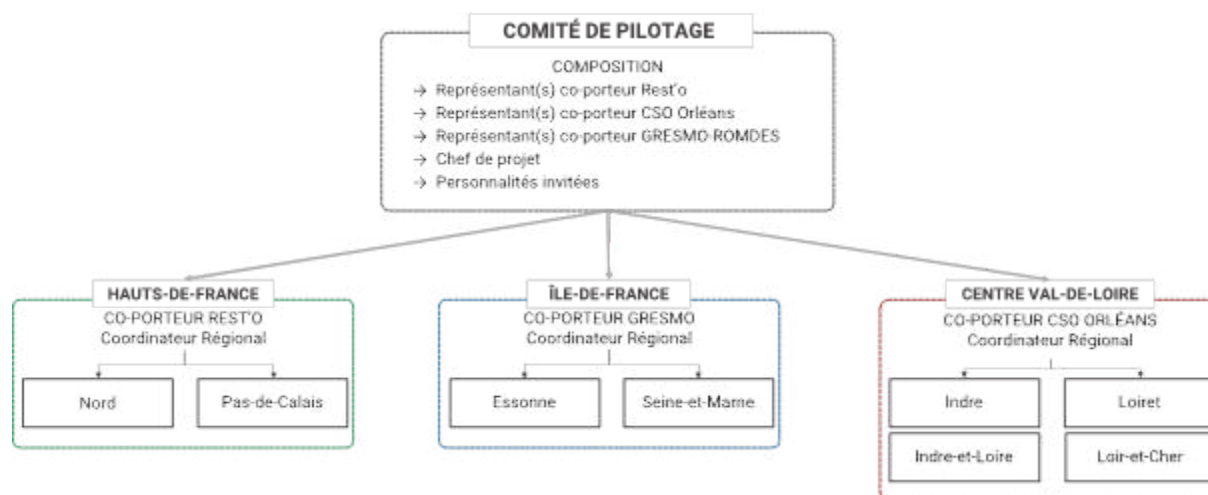


Schéma comitologie et pilotage

Comité de pilotage

Ses missions :

- il assure avec l'aide du chef de projet, la relation avec les tutelles du projet ;
- il valide annuellement le budget et la feuille de route du projet.

Son fonctionnement :

- la fréquence de réunion du comité sera mensuelle la première année et progressivement espacée. Ces réunions se feront par visio conférence principalement, en maintenant une réunion par an en présentiel ;
- les décisions y seront prises en concertation et en consensus dans l'intérêt des patients, des professionnels et du projet.
- chaque membre du comité de pilotage se verra confier une à plusieurs **responsabilités transversales** au projet :
 - évaluation et qualité ;
 - référentiel et formation ;
 - administratif et financier (rattaché à GRESMO en tant que structure porteuse du projet) en partenariat avec le chef de projet ;
 - animation, communication et coordination générale ;
 - systèmes d'information ;
- chaque structure co-porteuse rend compte au comité de pilotage de l'évolution du projet dans sa région.

Ses membres :

- il réunit les représentants de chaque structure co-porteuse ainsi que le chef de projet et des personnalités invitées si nécessaire (coordinateurs régionaux, CSO, tutelles...).

V. – Financement de l'expérimentation

1. Modèle de financement

Le modèle proposé est un modèle mixte partiellement substitutif et complémentaire, à la séquence de soins, financé au forfait multi-acteurs par patient et pour une séquence de 2 ans, comprenant des actes et prestations déjà remboursés dans le droit commun et des prestations hors paniers de soins actuel.

2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

Le besoin de financement pour l'ensemble du projet est estimé à 2 475 725 € sur 5 ans

Le modèle économique de l'expérimentation repose sur 3 forfaits dont 1 systématique (le forfait bilans) et 2 cumulables ou non, en fonction des besoins du patient.

Nom	Contenu	Coût	TOTAL
Forfait Bilans	1 bilan médical initial	1x46€	46 €
	1 bilan éducatif initial	1x40€	40 €
	2 bilans médicaux de suivi (1 à N1 et l'autre à N2)	2x25€	50 €
	1 bilan médical final	1x46€	46 €
	Coordination de parcours (réfèrent de proximité)	2h30x35€	88€
	RCP	3h x 6 professionnels x 45€/h pour 22 dossiers en moyennes	37 €
	Frais de déplacement et de connexion	1x18€	18 €
TOTAL			325€
Forfait éducation de groupe	8 séances (équipe pluriprofessionnelle)	8 x 1,5 éducateurs x (3hx40€)/ 10 patients	144 €
	1 bilan éducatif final (réfèrent de proximité)	1 x 40€	40 €
	Coordination de parcours patient (réfèrent de proximité)	2,30h x 35€/h =	88€
TOTAL			272€
Forfait éducation individuelle	8 consultations	8 x 40€	320 €
	Coordination de parcours	1h30 x 35€/h	53€
TOTAL			373€

Un forfait bilans de 325 euros par patient

Ce forfait permet de réaliser le bilan de l'obésité (bilan médical + bilan éducatif) ainsi que l'ensemble des suivis GPSO médicaux (3) par le médecin traitant qui sont réalisés de manière biannuelle pendant 2 ans.

Une consultation médicale annuelle est considérée comme une consultation longue valorisée à hauteur de 46 euros (comme la consultation Surpoids Obésité possible pour une partie des enfants vivant avec une obésité). Les deux autres sont des consultations de suivi à 25 euros.

Un temps de coordination par le réfèrent de proximité (sur 2 ans)

Ce temps comprend :

- l'appui au parcours individuel et à l'accompagnement : évaluation multidimensionnelle, rappels des RDV, réajustements, transmissions d'informations partagées en lien avec le médecin traitant, recueil et transmission des indicateurs d'évaluation, traçabilité des interventions et de l'évolution des objectifs thérapeutiques éducatifs ;
- l'organisation de RCP si besoin ;
- le déclenchement de la facturation du forfait patient au regard de l'avancée dans le parcours et sa transmission à la structure comptable et financière centrale ;
- la relation avec les différents dispositifs d'accompagnement et de coordination des parcours CSO, CPTS, DAC, avec l'aide du coordinateur régional GPSO.

Un temps de réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) est également prévu. Cette réunion rassemble l'ensemble des professionnels mobilisés dans le parcours du patient et vise à proposer des axes de prises en charge.

Des frais de déplacement et/ou de connexion de 18 euros pour les professionnels de l'équipe de proximité venant renforcer un besoin dans une autre équipe lorsque les ressources et les compétences manquent sur le territoire. Ces frais comprennent une indemnité kilométrique de 20 ou 40 euros en fonction de la distance parcourue (lieu d'exercice habituel – lieu d'exercice renforcé). Les frais de connexion, permettent d'accéder à une plateforme sécurisée pour les séances établies par visioconférence, lorsque les échanges en présentiel ne sont pas possibles.

Un forfait éducation de groupe de 272 euros par patient

Ce forfait permet au patient de bénéficier de 8 séances collectives d'éducation et d'un bilan éducatif final avec son référent de proximité.

Un temps de coordination par le référent de proximité (sur 4 à 6 mois) qui comprend

- la mise en œuvre des séances éducatives (organisation de l'équipe, gestion des locaux)
- le suivi du patient, recueil des données d'évaluation compte rendu auprès les professionnels

Un forfait éducation individuelle de 373 euros par patient

Ce forfait permet d'orienter vers des professionnels et de prendre en charge 8 consultations annuelles habituellement non remboursées parmi :

- l'accompagnement diététique ;
- l'accompagnement psychologique ;
- l'évaluation et l'orientation par un enseignant d'activité physique adaptée

Un compte-rendu est adressé au médecin qui suit le patient ainsi qu'au référent de proximité à l'issue de chaque consultation.

Ce forfait (sur 6 mois environ) comprend également de la coordination de parcours et de la gestion d'équipe pour le professionnel référent de proximité.

Ce forfait peut être renouvelé une fois dans les deux ans, en fonction des besoins, par le médecin traitant après présentation du dossier patient en RCP.

3. Besoin de financement pour 3 050 patients

a. Financement dérogatoire

Le pourcentage d'utilisation des forfaits dans la patientèle GPSO :

- tous les patients bénéficieront du forfait bilans ;
- 80 % d'entre eux bénéficieront du forfait accompagnement éducationnel collectif ;
- 30 % d'entre eux bénéficieront du forfait individuel ; (20 % de manière exclusive + 10 % en renforcement du forfait initial). Ces renforcements sont destinés aux obésités sévères ou avec TCA qui peuvent avoir besoin d'un soutien plus important. C'est une gradation de la prise en charge en fonction des besoins des patients ; ce chiffre repose sur notre expérience actuelle avec des patients qui consultent tardivement, si le maillage permet un accès au soin plus précoce, ce chiffre sera plus faible.

Le total de financement dérogatoire demandé est de 1 996 225 €, dont la répartition par région et par type de forfait et par année, en fonction de la montée en charge prévue, est présentée dans le tableau suivant.

Frais de soins dérogatoires

Type de forfaits par région	N1	N2	N3	N4	N5	Dépenses directes (en €)
Forfait Bilans (325 €)						
nb patients	150	250	350			750
Total Hauts-de-France	48 750	81 250	113 750			243 750
nb patients	150	500	700			1 350
Total Centre-Val de Loire	48 750	162 500	227 500			438 750
nb patients	150	300	500			950
Total Ile-de-France	48 750	97 500	162 500			308 750
nb patients	450	1 050	1 550			3 050
Total Forfait bilan	146 250	341 250	503 750			991 250
Forfait éducation de groupe (272 €)						
nb patients	120	200	280			600
Total Hauts-de-France	32 640	54 400	76 160			163 200
nb patients	120	400	560			1 080
Total Centre-Val de Loire	32 640	108 800	152 320			293 760
nb patients	120	240	400			760
Total Ile-de-France	32 640	65 280	108 800			206 720
nb patients	360	840	1 240			2 440
Total forfait éducation de groupe	97 920	228 480	337 280			663 680
Forfait éducation individuelle (373 €)						
nb patients	30	65	95	35		225
Total Hauts-de-France	11 190	24 245	35 435	13 055		83 925
nb patients	30	115	190	70		405

Type de forfaits par région	N1	N2	N3	N4	N5	Dépenses directes (en €)
Total Centre-Val de Loire	11 190	42 895	70 870	26 110		151 065
<i>nb patients</i>	30	75	130	50		285
Total Ile-de-France	11 190	27 975	48 490	18 650		106 305
<i>nb patients</i>	90	255	415	155		915
Total forfait éducation individuelle	33 570	95 115	154 795	57 815		341 295
Total forfaits	277 740	664 845	995 825	57 815		1 996 225

L'évolution de la prise en charge sur la durée de l'expérimentation :

	Année N1	Année N2	Année N3	Année N4	Année N5	TOTAL	Coût unitaire (€)	Coût Total (€)
Nombre d'équipes	9	21	31	31	31			
Forfait bilans	450	1 050	1 550	0	0	3 050	325 €	991 250 €
Forfait éducation collective	360	840	1 240	0	0	2 440	272 €	663 680 €
Forfait éducation individuel	90	210 initiaux + 45 renouvellements = 255	310 initiaux + 105 renouvellements = 415	155 renouvellements	0	915	373 €	341 295 €
TOTAL								1 996 225 €

Le coût patient prestations dérogatoires est donc estimé à **654,50 €** sur l'ensemble du parcours.

b. Frais d'amorçage et d'ingénierie

- la charge d'un chef de projet pour l'ensemble de l'expérimentation (5 ans) 0.5 équivalent temps plein les trois premières années puis 0.2 etp les deux suivantes sur la base d'un salaire brut chargé de 50 000 € par an, soit 95 000 € sur les 5 ans de l'expérimentation ;
- la charge de coordinateur régional :
 - 0,3 équivalent temps plein pour la région Hauts-de-France et la région Ile-de-France sur toute la durée de l'expérimentation, sur la base d'un salaire brut chargé de 50 000 € annuel soit un coût de 75 000 € pour chacune de ces 2 régions sur 5 ans ;
 - Pour la région Centre-Val de Loire, 0,3 équivalent temps plein la 1^{re} année, 0,5 etp la 2^e et 3^e année puis 0,4 etp les deux dernières années. Cette répartition est fonction du nombre important de nouveaux patients à partir de la 2^e année. Cela représente un coût de 105 000 € sur 5 ans (sur la base d'un salaire brut chargé de 50 000 € annuel) ;
- la communication du projet pour l'ensemble de l'expérimentation (5 ans) = 32 500 € ;
- les frais d'accompagnement juridique (5 ans) = 5 000 € ;
- la mise en place du e-learning (de la conception à l'évaluation) (2 ans) = 35 000 €.

Le projet GPSO ne supportera qu'une partie du financement de la plateforme e-learning qui sera mutualisée avec le projet TOPASE, et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de la filière obésité en France, en lien avec le volet formation de la feuille de route obésité.

Les charges liées à la formation comprennent :

- mise en place des groupes de travail (frais de déplacement réunions, etc.) : pris en charge par les structures partenaires ;
- participation au développement de la plateforme « boîte à outils » ;
- création d'outils de sensibilisation obésité adulte ;
- création des outils de formation e-learning obésité adulte ;
- les frais de déplacement gouvernance (5 ans) = 6 000 € (ces frais correspondent aux déplacements de 5 personnes 2 fois par an pour les réunions de gouvernance du projet, soit un tarif moyen de 60 euros par déplacement) ;
- les charges induites (cf. annexe 2) pour l'ensemble de l'expérimentation (5 ans) = 51 000 €.

Charges induites (en euros)	N1	N2	N3	N4	N5	Total
Téléphone portable abonnement	300	300	300	300	300	1 500
Ordinateur + téléphone (appareil)	1 000					1 000
Frais de déplacements employés	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	20 000
Frais de bouche formation/réunion	4 500	4 500	4 500			13 500
Petit matériel	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	15 000
TOTAL	12 800	11 800	11 800	7 300	7 300	51 000

Tableau des dépenses liées aux charges induites

Frais d'amorçage et d'ingénierie : 479 500 €

Dépenses de personnel non statutaire	N1	N2	N3	N4	N5	Dépenses directes (en €)
Chef de projet (0,5 puis 0,2 etp)	25 000	25 000	25 000	10 000	10 000	95 000
Coordinateur Régional						
<i>Total Hauts-de-France (0,3 etp)</i>	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
<i>Total Centre-Val de Loire (0,3 puis 0,5 puis 0,4 etp)</i>	15 000	25 000	25 000	20 000	20 000	105 000
<i>Total Ile-de-France (0,3 etp)</i>	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
Sous-total	70 000	80 000	80 000	60 000	60 000	350 000

Frais de gestion de projet						
Charges induites*	12 800	11 800	11 800	7 300	7 300	51 000
Accompagnement juridique	5 000					5 000
Communication	6 500	6 500	6 500	6 500	6 500	32 500
Frais de déplacement (sur la base d'un aller/retours Paris en train 2 nd e classe : 2 fois par an pour les réunions de gouvernance)	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	6 000
Sous-total	25 500	19 500	19 500	15 000	15 000	94 500

E-learning	20 000	15 000				35 000
-------------------	---------------	---------------	--	--	--	---------------

Total frais d'amorçage et d'ingénierie	115 500	114 500	99 500	75 000	75 000	479 500
---	----------------	----------------	---------------	---------------	---------------	----------------

Ventilation régionale du projet (*) :

Ventilation régionale	Hauts-de-France	Centre-Val de Loire	Ile-de-France	TOTAL
Coordination régionale	75 000€	105 000€	75 000	255 000€
Frais de soins	490 875€	883 575€	621 775€	1 996 225€
TOTAL	565 875€	988 575€	696 775€	2 251 225€

(*) N'ont pas été ventilés par région : le poste de chargé de projet, le e-learning, la communication, l'accompagnement juridique et les charges induites.

Le coût total de l'expérimentation est de 2 475 725 €.

c. Synthèse du besoin de financement

	Année N1	Année N2	Année N3	Année N4	Année N5	TOTAL
Total prestation dérogatoire (FISS)	277 740 €	664 845 €	995 825 €	57 815 €	- €	1 996 225 €
Frais d'ingénierie (FISS)	115 500 €	114 500 €	99 500 €	75 000 €	75 000 €	479 500 €
Total expérimentation (FISS)	393 240 €	779 345 €	1 095 325 €	132 815 €	75 000 €	2 475 725 €

Le coût patient expérimentation est donc estimé à 811,71 € dont 654,50 € de soins.

VI. – Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation*1. Aux règles de financements de droit commun*

Les séances de diététiques réalisées par un diététicien et de psychothérapie réalisées par un psychologue ou psychothérapeute agréé par l'ARS ne sont actuellement pas remboursées par l'assurance maladie. Il en est de même pour les séances d'activité physique adaptée.

- Proposition d'un financement au parcours de soins sur la base de forfaits annuels permettant de financer des prestations non prises en charge actuellement : ETP, séances éducatives de diététique, psychothérapie, activité physique adaptée.

Actuellement seul le médecin traitant d'un enfant âgé de 3 à 12 ans peut avoir une **consultation obésité revalorisée** (CoSO).

- Proposition de revaloriser 1 consultation annuelle médicale obésité (CoSO) pour les patients adultes inclus dans le parcours GPSO.

2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Absence de coordination financée : intégration de son financement dans les forfaits patient.

Absence de financement des RCP : intégration de son financement dans les forfaits patient.

Absence d'une offre de formation en e-learning pour les professionnels de proximité : proposer une offre de formation en e-learning en complément d'une formation présentielle DPC.

VII. – Impacts attendus*1. Impacts en termes de services rendus aux patients*

- Au niveau médical :

Une amélioration du repérage et du suivi de l'obésité.

- Au niveau des changements de comportements et de pratiques :

Des changements durables des comportements et pratiques liées aux prises alimentaires, à l'estime de soi, à l'image de son corps et à la diminution de la sédentarité.

- Au niveau de l'accessibilité :

Un accès aux soins facilité.

- Au niveau social :

Une resocialisation des patients et une diminution de la stigmatisation de l'obésité sur les territoires impactés.

2. Impacts organisationnels et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- le virage ambulatoire favorisé : prises en charge privilégiant l'ambulatoire en premier recours ;

- le travail interdisciplinaire des acteurs de santé renforcé grâce à l’animation et la coordination d’équipes pluriprofessionnelles ;
- une coordination plus efficiente évitant la juxtaposition de consultations ;
- la formation et des temps d’échanges et de réflexions sur ses pratiques professionnelles renforcés ;
- un parcours transversal, fluide et cohérent.

3. Impacts en termes d’efficience pour les dépenses de santé

- des patients moins exposés aux risques d’aggravation et/ou de comorbidités ;
- des parcours de santé dirigés, évitant les ruptures de prise en charge et les juxtapositions de consultations ;
- une doctrine commune de prise en charge de l’obésité modérée optimisée et reproductible.

Le récent rapport de la Cour des comptes (novembre 2019) sur la prévention et la prise en charge de l’obésité met l’accent sur les coûts socio-économiques encore mal connus.

Le surpoids et l’obésité sont à l’origine de coûts importants pour le système de santé. La direction générale du Trésor en 2016 a estimé le coût social de la surcharge pondérale en France pour l’année 2012 à 21,9 Md €, avec une estimation par individu du coût du surpoids à 550 €, du coût de l’obésité à 1 730 € et du coût de l’obésité sévère à 2 335 € (16).

En termes d’action, l’efficacité médico-économique de l’éducation en santé chez des patients obèses adultes ayant suivi un programme d’éducation thérapeutique de 5 jours a été évaluée. Les résultats montrent une perte de poids de l’ordre de 8,6 % et une économie des coûts globaux de la santé de 15,8 % (17).

Une des pistes évoquées alors est de donner aux professionnels de santé les moyens de se consacrer davantage à la prise en charge précoce de l’obésité, par la prévention de l’aggravation et des complications liées à l’obésité grâce à l’éducation en santé.

L’objectif est ainsi de dépister le plus précocement possible et d’agir en éduquant les patients, afin d’éviter que des obésités simples se complexifient, limitant ainsi dans la mesure du possible le surcoût pour l’assurance maladie.

VIII. – Modalités d’évaluation de l’expérimentation proposées

L’évaluation de l’expérimentation sera réalisée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM.

En fonction de l’avancement de la mise en œuvre du projet, la possibilité d’avancer l’évaluation finale sera étudiée afin d’assurer une cohérence de calendrier de fin des différentes expérimentations obésité.

Indicateurs de résultat et d’impact envisagés : cf. page suivante.

Indicateurs de résultat et d'impact envisagés :

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Indicateurs
1. Améliorer durablement la santé et la qualité de vie des personnes en situation d'obésité :	Favoriser le repérage précoce et l'entrée dans un parcours de santé des personnes obèses, plus particulièrement celles qui sont socialement défavorisées ;	Nombre de personnes incluses avec un IMC <35 Nombre de personnes de niveau socioculturel bas (score Pascal) Taux d'adressage des patients inclus par structures territoriales
	Favoriser l'éducation pluriprofessionnelle de proximité en santé adaptée à l'obésité afin de développer l'estime de soi ; et donner à ces derniers les outils leur permettant d'adopter des comportements plus favorables à leur santé ;	Evaluation du comportement alimentaire (TFEQ). Evaluation de l'activité physique (questionnaire de Ricci et Gagnon) Mesure de la qualité de vie (Duke) à T0, T6 mois, T1 an et T2 ans
	Limiter les impacts sur la vie professionnelle ;	Nombre de chomeurs ayant retrouvé un emploi à 2 ans Nombre et durée des arrêts maladie des actifs
	Maintenir ces changements de comportements sur le long terme grâce à l'insertion des patients dans les structures médicales et sociales de proximité	Stabilité à 2 ans des critères de comportement Evolution de l'IMC à 2 ans Taux d'inclusion des patients dans les activités sociales des structures de proximité Taux d'attrition des patients pris en charge par des structures d'aval de proximité à la suite du parcours Taux de satisfaction des patients du dispositif
	a. Prévenir les ruptures dans le parcours de santé des patients et garantir une prise en charge personnalisée, remboursée et fluide.	Taux de parcours complets Durée moyenne du parcours Taux de décrochage par étape du parcours

<p>2. Offrir aux professionnels des soins de premiers recours les conditions organisationnelles, techniques et financières leur permettant d'accompagner efficacement les personnes en situation d'obésité :</p>	<p>Mettre en place un financement innovant permettant de développer une prise en charge pluriprofessionnelle de proximité ;</p> <p>Développer chez les professionnels de premier recours les compétences d'abord et d'écoute des personnes obèses, et améliorer la qualité de la relation soignant - patient dans la prise en charge de l'obésité ;</p> <p>Créer un maillage territorial et une coordination assurant l'accompagnement continu des patients en s'appuyant sur les structures existantes (CPTS, DAC, MSP...);</p>	<p>Nombre de professionnels financés par le dispositif par catégorie Nombre d'équipes financées Nombre de parcours financés</p> <p>Nombre de professionnels formés Nombre de patients adressés par les professionnels au dispositif Taux de satisfaction des professionnels au regard du dispositif et la formation</p> <p>Pourcentage de MSP participant au projet dans chaque territoire de l'expérimentation Nombre de CPTS et DAC partenaires Nombre et typologie des professionnels libéraux participant activement au dispositif</p>
	<p>Adapter les systèmes d'Information (SI) à la prise en charge coordonnée de l'obésité, conforme à la stratégie numérique ma santé 2022 la compatibilité avec les plateformes territoriales existantes.</p>	<p>À T0 - T1an et T2ans :</p> <p>Nombre de patients suivis disposant d'un DMP Nombre de PPCS déposés dans le DMP du patient Nombre de professionnels ayant accès à une BAL de Messagerie sécurisée de santé (personnelle ou organisationnelle) Nombre d'équipes pluridisciplinaires décrites dans le ROR (coordonnées de l'équipe et des participants, modalités d'intervention); à comparer au nombre total d'équipes recrutées Nombre de recommandations/conseils spécialisés publiés dans sante.fr</p> <p>Ouverture de messageries sécurisées du patient Intégration de ses rendez vous dans l'agenda du patient Soutien à l'innovation et nombre d'applications et de services numériques dédiés proposés aux patients Nombre d'opérations liées aux travaux d'amélioration de l'interopérabilité et à la structuration des données échangées Taux de satisfaction des professionnels à l'utilisation des SI proposés pour le projet Taux d'utilisation des outils proposés par les professionnels</p>

<p>Nombre de réunions associant acteurs sociaux, associatifs et professionnels de santé</p> <p>Nombre de patients adressés au dispositif par les acteurs sociaux et associatifs</p> <p>Nombre de structures sociales de soutien par territoire</p>	<p>Favoriser au niveau d'un territoire le décloisonnement entre acteurs du soin et du social, et entre la ville et l'hôpital ;</p>	<p>3. Limiter à long terme les prévisions et les impacts médico-économiques de l'obésité:</p>
<p>Taux d'hospitalisations programmées et d'urgences liées à l'obésité pendant le parcours</p>	<p>Structurer un dispositif de premier recours efficient, favorisant une prise en charge précoce de l'obésité et limitant à terme la nécessité des hospitalisations ;</p>	
<p>Nombre de patients adressés par le médecin de premier recours</p> <p>Nombre de médecins de premiers recours assurant les bilans T0, T1an et T2 ans</p> <p>Taux d'assiduité des médecins de premier recours aux RCP</p>	<p>Positionner le médecin de premier recours au cœur du parcours de santé de la personne en situation d'obésité ;</p>	
<p>Evolution a 2 ans de l'IMC</p> <p>Typologie et taux d'apparition des co-morbidités à 2 ans et plus</p>	<p>Stabiliser le poids des patients obèses intégrant le parcours et prévenir l'apparition et/ou l'aggravation de comorbidités liées à la maladie.</p>	

IX. – Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

En alignement avec le parcours du patient, les informations sont regroupées dans un certain nombre de documents (ou ensemble d'informations) adaptés aux fonctions et usages de chaque acteur.

Ces informations de santé sont utilisées par l'équipe de proximité et le médecin traitant, et sont accessibles à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge (notion légale d'équipe de soins).

- VSM : volet de synthèse médicale ;
- BMED : bilan médical ;
- BEDU : bilan éducatif ;
- PPCS : plan personnalisé de coordination, en santé.

Ces informations, intégrées dans les logiciels métiers des acteurs, pourront selon les capacités de chacun des logiciels, être paramétrées en conséquence ou intégrées sous forme de formulaires au format PDF modifiables si besoin, comme documents externes. Elles sont partagées dans le DMP ou échangées par messagerie sécurisée de santé.

Le contenu détaillé de chacun de ces documents, s'il ne fait pas déjà l'objet d'un volet de contenu du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS), comme par exemple le VSM, devra être co-construit avec les acteurs du projet dès le lancement, sur la base de la structuration minimale des documents de santé.

Le PPCS pourra, pour ce qui concerne son contenu métier, s'appuyer sur la recommandation publiée par la Haute Autorité de santé.

Les spécificités de la prise en charge d'un parcours obésité pourraient faire l'objet d'une proposition de volet de contenu concerté avec d'autres projets centrés sur les parcours obésité (dont le projet TOPASE auquel certains des acteurs du projet GPSO contribuent également).

L'opportunité de baser la coordination entre l'équipe de proximité et le patient sur les spécifications du volet de contenu du cahier de liaison doit faire l'objet de réflexions ultérieures.

Le format des informations propres à la gestion de l'expérimentation, du suivi des parcours, de la gestion des forfaits et des informations d'évaluation ne peut être décrit précisément à ce stade et est en attente des spécifications précises issues du cadre national des expérimentations, article 51.

X. – Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Les supports d'information retenus sont autant que possible ceux déjà utilisés par les acteurs du projet. De ce fait ils respectent d'ores et déjà les obligations réglementaires.

Les hébergements de données externalisés respectent les obligations relatives à l'hébergement de données de santé.

Le poste de chef de projet GPSO et les rémunérations des acteurs étant portés par l'association GRESMO, celle-ci se retrouve en position de responsable du traitement des données spécifiques à l'expérimentation et devra prendre en charge les obligations induites par le RGPD.

XI. – Liens d'intérêts

Le parcours GPSO du patient repose avant tout sur des interventions non médicamenteuses (consultations, éducation thérapeutique...). Ce parcours ne fait pas intervenir l'utilisation de médicaments, de matériel ou de dispositifs médicaux spécifiques. A priori, il n'y a pas de déclaration d'intérêt.

XII. – Éléments bibliographiques/expériences étrangères

Les éléments bibliographiques sont cités dans les notes de bas de page.

(1) Matta J, Zins M, Feral-Pierssens A L, et al. Prévalence du surpoids de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. BEH 2016, 35-36, 640_645.

(2) <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Policy-Brief-2019>.

(3) Daniel Caby. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-éco n° 179 – septembre. 2016. 2 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE.

(4) Breda J. Who/Europe estimates and future projections for adult obesity. 2015. Ref Type : Personal Communication.

(5) Elrashidi M, Debra J, Jacobson M, Body Mass Index Trajectories and Healthcare Utilization in Young and Middle-aged Adults Medicine 2016, 95, 2-7.

(6) Ward ZJ, Bleich S, Craddock A et al. Projected U.S. State-Level Prevalence of Adult Obesity and Severe Obesity N Engl J Med 2019 ; 381:2440-50.

(7) Simonnet, A. et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. Obesity (Silver Spring) (2020) doi:10.1002/oby.22831.

(8) Caussy, C., Wallet, F., Laville, M. & Disse, E. Obesity is associated with severe forms of COVID-19. Obesity (Silver Spring) (2020) doi:10.1002/oby.22842.

(9) Situation de la chirurgie de l'obésité, IGAS, inspection générale des affaires sociales.

(10) Feuille de route Prise en charge de l'Obésité.

(11) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin New Engl J Med 2012 ; 346:393_403.

(12) <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-accelerer-le-virage-numerique>.

(13) European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care Obesity Fact 2019 ; 12:40-66.

(14) The Three-Factor Eating Questionnaire-R18 is able to distinguish among different eating patterns in a general population. J Nutr 2004 ; 134(9):2372-2380.

(15) Anderson et al ! Long-term weight-loss maintenance : a meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr 2001 ; 74:579-84.

(16) Daniel Caby. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-éco n° 179 – septembre. 2016. 2 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE.

(17) Sanguignol F., Lagger G., Golay A. ; Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2009 ; 1(1):57-62.

Annexe 1

Catégories d'expérimentations

A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X	Parcours de santé obésité médicale adultes
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Parcours de santé obésité médicale adultes
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (art. R. 162-50-1 – II°) (18)	Cocher	Si oui, préciser
a) Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
b) De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
c) Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

(18) Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1).

Annexe 2

Plan de communication GPSO

Projet

Promesse : GPSO est une solution qui oriente et accompagne les patients en situation d'obésité en leur permettant d'avoir un meilleur accès aux soins et d'être acteurs de leur santé. GPSO propose également un appui aux professionnels dans l'accompagnement et une aide à la coordination du parcours de santé.

Problématique

GPSO est un projet né d'un constat de problématique diverses dans le cadre de la prise en charge de l'obésité de premier recours en établissement de santé :

- prise en charge tardive de l'obésité ;
- pas de prise en charge globale ou systémique (accès aux soins par la comorbidité, partie somatique) ;
- peu de réponse de premier recours ;
- peu de personnalisation ;
- peu d'adaptation à la pathologie (obésité) ;
- pas de coordination de parcours lisible (au niveau régional, ni national) ;
- manque de transversalité entre la ville, les structures de soins (SSR, cabinet médical, hôpitaux...) et les différents secteurs (médical, médico-social, social, éducatif) ;
- stigmatisation importante de l'obésité (biais de sur-confiance, effet Dunning-Kruger). Comme le définit W. J. Cahnman, la discrimination est le rejet et la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (l'obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale. Ces attitudes négatives ne sont pas seulement le fait de la société civile, elles semblent également être présentes au cœur même de l'appareil médical. Comme le démontre le sociologue E. Goffman, la stigmatisation devient un véritable cercle vicieux, lorsque la victime accepte et considère comme normaux, les traitements discriminatoires qu'elle subit et les préjudices dont elle est victime. S'engage alors une dépréciation personnelle qui débouche sur une altération de l'image de soi ;
- l'accessibilité cognitive (surcharge d'informations médicales, peu ou trop de vulgarisation...) ;
- accessibilité géographique (déserts médicaux, ruralité, distance entre le lieu de vie et le lieu de prise en charge) ;
- financière (prise en charge des consultations non nomenclaturées, diététique, APA, psychologie, ETP = Education thérapeutique du patient...) ;
- manque de formation des professionnels ;
- manque d'outils facilitant la communication et la prise en charge interdisciplinaire (SI).

Parties prenantes

Au cœur du projet, nous avons identifié plusieurs parties prenantes que nous avons choisi de catégoriser en 3 types d'acteurs :

- Cible :
 - patients (Adultes, obèse IMC > 30, ou IMC > 25 ayant pris plus de 10 % du poids l'année précédente, sauf si déjà engagé dans un parcours de chirurgie bariatrique, si obésité syndromique ou accompagné d'un retard mental et non compréhension de la langue française rendant incompatible l'intégration dans un groupe) ;
- Les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement :
 - les professionnels de la santé (médecins, paramédicaux, psycho, éducateurs sportifs, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) ;
 - les autres acteurs de l'accompagnement : travailleurs sociaux, enseignants, patients experts) ;
- Relais :
 - entourage du patient (aidants, personnes de confiance...) ;
 - grand public (action de communication globale) ;
 - les instances : PMI (conseil général), coordinateur CLS contrat locaux de santé, coordinateur des CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), coordinateur PTA (plateforme territoriale d'appui), DRJSCS (direction régionale jeunesse sport cohésion sociale), ARS (agence régionale de santé), CARSAT, URPS (union régionale des professionnels de santé), service Santé des mairies, CPAM, les structures de soin, les universités, CROS (comité régional olympique et sportif), CDOS (comité départemental olympique et sportif), les mutuelles, les associations de patients.

Les valeurs portées par le projet GPSO

Accessibilité, lisibilité, équité, coordination, soutien, empathie, autonomie, santé, globalité, coopération, collaboration, empowerment, fluidité, lutte contre la stigmatisation, formation, information, respect, collectif, individuel, adaptabilité, altruisme, Motivation, compétence, cohérence, éducation, synergie.

Points de vigilance

Attention dans la communication à ne pas laisser transparaître une charge supplémentaire pour les soignants surtout les médecins généralistes, mais plutôt une aide pour la prise en charge.

Intérêts, bénéfiques

Le projet GPSO souhaite démontrer à travers l'expérimentation Article 51, les bénéfiques suivants pour chaque partie prenante :

- Pour les patients (et entourage) :
 - rendre l'accès aux soins possible (remboursement d'actes, proximité du domicile, lisibilité) ;
 - prise en charge adaptée (personnalisée, globale) et coordonnée (fluide) ;

- gagner en compétences :
 - compétences de soins (maladie : connaître, comprendre, mettre en pratique) activité physique : connaître, évaluer, comprendre, pratiquer ;
 - compétences psychosociales ou d'adaptation (appropriation de la maladie, identification et résolution de problèmes, image de soi, confiance en soi, projets de vie...) ;
- autonomie (décisionnelle en lien avec la pathologie) ;
- amélioration de la qualité de vie ;
- gestion dynamique du poids (surveillance, mesure, adaptation) ;
- écoute et considération de sa problématique pondérale ;
- accompagnement motivationnel ;
- Pour les professionnels :
 - monter en compétences et gagner en assurance ;
 - avoir une solution concrète et de proximité à proposer ;
 - avoir des compétences extérieures d'appui ;
 - travailler en interdisciplinarité (élargir ses champs de prise en charge, enrichissement de ses propres connaissances, efficacité, gain de temps, partage et répartition de la charge de travail) ;
 - coordination du parcours par le référent de proximité ;
 - support par SI pour faciliter le suivi ;
 - reconnaissance d'une consultation longue médicale pour obésité de l'adulte ;
- Les institutions :
 - meilleure connaissance de la prise en charge de l'obésité sur le territoire ;
 - devenir acteur relai ;
 - prendre part à l'orientation du patient, proposer une action concrète ;
 - intégrer l'action dans une démarche globale de santé publique ;
 - participer à la pertinence et à la qualité du projet GPSO ;
 - participer à la cohérence des niveaux de recours de prise en charge.

Attentes du ministère

Dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », du plan santé numérique ainsi que de l'expérimentation « Article 51 », un certain nombre de critères et de priorités d'actions ont été décrétées en lien avec le projet GPSO :

- transférabilité du projet à l'échelle nationale ;
- décloisonnement dans un but de collaboration et d'efficience (meilleur rapport coût bénéfices) ;
- faciliter le travail d'équipe et la coopération ;
- éviter les ruptures et les dysfonctionnements ;
- proposition d'une stratégie globale ;
- consolider et mettre en œuvre le numérique dans les services de manière sécurisée ;
- construire des outils centrés sur les besoins et attentes des utilisateurs ;
- faire évoluer à formation des professionnels ;
- innovation structurelle et financière.

Éléments de langage (mots clés)

Décloisonnement, Accessibilité, parcours, coordonner, Formation, Autonomie, Collaboration, Education, Personnalisé, Santé, Obésité, premier recours, Proximité, Prévention.

Définir des actions de communication

- lister la presse locale écrite, radio, tv ;
- rédiger et envoyer communiqué de presse ;
- lister les événements (participants, organisateurs) obésité, maladies chroniques, nutrition, santé (décembre, janvier) ;
- définir degré participation événements (stand, poster, présentation, conférence) > Réunion (janvier) ;
- réalisation d'une vidéo animée de présentation du parcours (pour tous) ;
- création d'une identité ;
- action mailing publipostage/e-mailing (médecins traitants, MSP, CPAM, CARSAT, mutuelles) avec demande de relai site internet ;
- témoignages de patients et reportage sur l'action ;
- organiser des rencontres de présentation à destination des professionnels relai ;
- alimentation du site internet et actu réseaux sociaux ;
- communiquer sur la mise en œuvre, l'évaluation et les résultats de l'expérimentation ;
- occupation du terrain médiatique ;
- événement GPSO (présentation des résultats, retour d'expérience, système de parrainage...).

Supports et livrables

- brochures explicatives/descriptive (médecin prescripteurs, référent, paramédicaux, patients, grand public, relais santé) ;
- supports pédagogiques (vidéo + ppt présentation du parcours, guide d'aide à l'orientation, ordonnancier) ;
- affiche A4, visuel format adapté pour internet et réseaux sociaux ;
- kakemono... ;
- logo ;
- slogan, promesse, descriptif court (accrocheur) ;
- charte graphique ;
- site internet ;
- page Facebook, comptes Twitter et LinkedIn ;
- dossier de presse ;
- communications (Journées francophones de nutrition, congrès de médecine générale...) et articles scientifiques dans des revues à comité de lecture.


Budget

Livrable	Unités	Fournisseur/ressource	Prix HT	Prix TTC
<i>Création d'identité</i>				
Design graphique		A définir		3 500 €
Déclinaisons		A définir		1 500 €
<i>Supports de communication</i>				
Affiches	10 000	A définir		3 000 €
Brochures patient	15 000	A définir		
Brochures pro santé	15 000	A définir		
Brochure institutions	15 000	A définir		
Flyers	20 000	A définir		
Posters scientifiques	10	A définir		
Site internet	1	A définir		
<i>Evènementiel</i>				
Evènement annuel GPSO GP	5	Equipe GPSO		2 500 €
Evènement annuel GPSO Pro	5	Equipe GPSO		2 500 €
Frais de déplacements (*)	5 x 6 x 1			12 000 €
<i>Stratégie, relai, affranchissement</i>				
Plan stratégique	1	A définir		
Relai presse	3 x 5	Babblér		3 000 €
Affranchissement	4500	Destineo La Poste		4500 €
TOTAL				32500 €

(*) Frais de déplacements = trajet (150 € A/R), hôtel (80 €/nuitée), restauration (25 €/jour/2 repas), frais inscription éventuels (140 € par événement/personne) soit forfait de 400 € par personne, pour 6 personnes pendant 5 ans.

Annexe 3

Coordonnées du porteur et des partenaires

Porteurs du projet GPSO		Signatures numérisées
Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	
<p>GRESMO Association loi 1901, à but non lucratif 25 rue de Schio 91350 Grigny SIRET 442 513 032 00023</p>	<p>Jocelyne Raison drjraison@gmail.com Tel: 0169258957 / 0609046087</p>	
<p>Resto - Ancienne clinique Fontan 6 rue du PR Laguette 59037 Lille Cedex</p>	<p>Monique Romon romonnut@gmail.com 0633416366</p>	
<p>Centre Spécialisé de l'Obésité du CHR d'Orléans 14, avenue de l'hôpital CS 86709 45067 ORLEANS Cedex 2</p>	<p>Claire-Emilie OLIVIER claire-emilie.olivier@chr-orleans.fr</p> <p>Céline JOUTEUX celine.jouteux@chr-orleans.fr Tel: 02.38.61.32.41</p>	 

Partenaires région Ile-de-France

ESSONNE							
Etablissements de santé							
Centre hospitaliers publics	Centre hospitalier Sud Francilien	Dr BOULATE Geoffrey	geoffrey.boulate@chsf.fr				Soutien au projet
CSO	CSO Sud	Pr CZERNICHOV Sébastien	sebastien.czernichow@aphp.fr				Soutien au projet
ESPIC	GHNE site d'Orsay	Dr DI GIURO Giuseppe	g.digiuro@gh-nord-essonne.fr				Soutien au projet
Etablissement de santé privé	Centre Hospitalier Frédéric Henri Mahnes	Dr NEURY Chloe	chloe.neury@ch-mahnes.fr				Soutien au projet
	Centre médico-obstétrico-chirurgical	Dr RUSEYKIN Ivan	iruseykin@gmail.com				Soutien au projet
	Hôpital privé d'Athis Mons	Dr BOUNEKAR Ali	ali.bounekar@almaviva-sante.fr				Soutien au projet
	Clinique le Moulin de Viry	Dr SEBAA Karim	k.sebaa@orpea.net				Soutien au projet
	Clinique de Péducation Villiers sur Orge	Dr BLANCHETEAU Yann	dr.blancheteau@villiers.clinalliance.fr				Soutien au projet
Professionnels de santé							
	MSP les Tarterets	Dr BILLAUD Max	max.billaud@wanadoo.fr				A recruter
	MSP Pussay	Dr ARHAN Joel	arhan@club-internet.fr				A recruter
	MSP Brétigny sur Orge	Dr PICHENE Benoit	benoitpichene@me.com				A recruter
	MSP Courcouronnes	ALIROL Christophe	poledesante91080@gmail.com				Engagée
	MSP Evry Pierre et Marie Curie	MBONGO Hermann	hermannmbong077@gmail.com				Engagée
	MSP Morangis	Dr ESTADIEU Christine	docteur.estadieu.planet@wanadoo.fr				A recruter
	MSP Juvisy sur Orge	Dr FOSSE Didier	didier.fosse@free.fr				A recruter
	MSP Paray vieille Poste	Dr SALVIATO Marie Laure	dr.salviato@gmail.com				Engagée
	MSP Evry les Aunettes	Dr BORNSTZEIN Nicole	n.bornstzein@gmail.com				Engagée
	MSP Val d'Yerres Epinay sous Senard	Dr ZARD Emilie	emilie.zard@gmail.com				A recruter
	MSP Vigneux-Lakota	JOORANI Nejla	n.joorani@gmail.com				A recruter
	Centre municipal de santé des Epinettes EVRY	Dr TOGBE Nelly	n.togbe@mairie-evry.fr				Engagé
	Centre municipal de santé GRIGNY		president@medis-associationgrigny.fr				A recruter

	Centre municipal de santé des Ulis	SOCHA Laetitia	Isocha@lesulis.fr	Engagé
Structures sociales et associatives	Direction des affaires sociales GRIGNY	SEDDOUKI Saïd	said.seddouki@grigny91.fr	Soutien au projet
	EVRY	Centre d'action sociale		Soutien au projet
		Maisons de quartier		
		Epiceries sociales		
		Acti Santé		
	SAVIGNY/ORGE	Service CCAS	ccas@savigny.org	Soutien au projet
	LES ULIS	CCAS	l.socha@lesulis.fr	Soutien au projet
		Maisons pour tous		
		Epicerie sociale		
Associations patients	Les Poids Plume	Claudine Canale		Soutien au projet
Réseaux de santé plurithématiques				
Essonne Sud	RESEAU SPES	ELLIEN Françoise	fellen.spes@wanadoo.fr	Soutien au projet
Essonne Nord	RESEAU NEPALE	DAVID Odile	odile.david@nepale.fr	Soutien au projet
NORD SEINE ET MARNE				
Etablissements de santé				
Centres hospitaliers privés	Clinique Tourman En Brie	BONNET Corinne	c.bonnet@clinique-tourman.fr	Soutien au projet
	Clinique Saint Faron	Dr LAJEJ Dalila	cabinet.dr.lajej@orange.fr	Soutien au projet
	Hôpital de Forcilles	Dr VIDAL Sylvie	svidal@cognacqjay.fr	Soutien au projet
Centres hospitaliers publics	GHEF	Dr CORTES Alexandre	acortes@ghcf.fr	Soutien au projet
	Hôpital de Montfermeil	Dr BELAMRI Hamri	hbelamri@ch-montfermeil.fr	Soutien au projet
	Hôpital de Montfermeil	Dr RIGABERT Julie	jriganbert@ch-montfermeil.fr	Soutien au projet
CSO-D	Centre Spécialisé Obésité Nord Est (CINFO)	BLAZOT VAN WIJK Paolina	cinfo.idf@gmail.com	Soutien au projet
Professionnels de santé				
	MSP CESSON "Simone VEIL"	Dr DUHOUX Bérangère	duhoubberengere@gmail.com	A recruter
	MSP COULOMMIERS	Dr CLEMENT Christian	dr.christian.clement@gmail.com	A recruter

	MSP CROUY-SUR-OURCO	MAILLARD Olivier	olivier.maillard2@wanadoo.fr	A recruter
	MSP TORCY	Dr WEILER Jean Luc	jweiler@hotmail.com	A recruter
	MSP ROISSY EN BRIE	Dr BENZAKEN Gérard	gbenza@aol.com	A recruter
	BAILLY ROMAINVILLIERS	Dr FIDALGO Laurent	docteur.fidalgo@orange.fr	Engagée
	THORIGNY SUR MARNE	Dr BELTRAMO Claire	beltramoclaire@gmail.com	Engagée
	MSP LAGNY SUR MARNE	Dr ABRAMOVICI Francis	f.abramovici@free.fr	Engagée
	NANTEUIL LES MEAUX	Dr CHOUGNET Jeanne	cabinet@docteur-chougnet.fr	A recruter
Collectivités territoriales				
Conseil Départemental 77	PMI	Sabine MELE	sabine.mele@departement77.fr	Soutien au projet
Réseaux de santé plurithématiques	GOSPEL (réseau territorial futur DAC)	Dr BISIAUX Marie	m.bisiaux@gospelreseau77.com	
Associations	Maison diabète et obésité 77	LANNERS Philippe	president.lanners-maisondiabete77@orange.fr	Soutien au projet
	Restos du Cœur	ROUGET Serge	ad77.meaux@lesrestosducoeur.org	Soutien au projet
	Maison des solidarités de Noisiel	AUBINEAU Monique	monique.aubineau-hernandez@departement77.fr	Soutien au projet
	Maison des solidarités de Meaux	LABOU Medhi	medhi.labou@meaux.fr	Soutien au projet
Associations Patients	Association patients Poids Plumes GHEF	GELY Cécile	gelyjmc@orange.fr	Soutien au projet

Partenaires région Hauts-de-France

Etablissements de soins							
PRIVE	Clinique la louvière	Clotilde Vincent	cl.vincent@ramsaysydds.fr				Soutien au projet
PUBLIC	CHR Roubaix	Benjamin Rothiot	benjamin.rothiot@ch-roubaix.fr				Soutien au projet
	SSR Saint Amand	Nathalie Brohette	nbrohette@chsa.fr				A recruter
	Polyclinique de Hémin Beaumont	Genevieve Fourmaux	gmalbranque@ahnac.com				Engagée
CSO Lille	Centre Spécialisé Obésité Nord Est (CINFO)	Elodie Guilbert	Elodie.GUILBERT@chru-lille.fr				Soutien au projet
CSO ARRAS		Séverine Andrieux	severineandrieux@ch-arras.fr				Soutien au projet
Professionnels de santé							
MSP	Sapin Vert Wattrelos	Docteur Jan Baran	janbaran@hotmail.fr				Engagée
associations	APSL Marcq en Baroeul	Philippe Créteur	pcreur@gmail.com				A recruter
MSP	Lys d'or Rumeleges	Docteur Anthony Haro	Docteurharo@gmail.com				Engagée
Centre de Sante	Alma Roubaix	Mohamed Achamsse	centredesantederoubaix@gmail.com				Engagé
Collectivités territoriales (PMI services médico-sociaux)							
	UTPAS métropole Lille	Elisabeth Rogé	elisabeth.roge@lenord.fr				Soutien au projet
	UTPAS Roubaix -Hem	joelle Talahakis	joelle.talahakis@lenord.fr				Soutien au projet
	UTPAS Wattrelos Leers						A recruter
Associations patients	La terre est ronde	Martine Semin	laluciole62@gmail.com				Engagée
Structures sociales et associatives							
	centre Social et culturel Marcq en Baroeul	Fabien Versmessen	esmarcq-direction@wanadoo.fr				Soutien au projet
	Centre social l'avenir Wattrelos	Guillaume Guyart	gguyard@centresocialavenir.com				Soutien au projet
	Association l'cagette	Anne Lescieux	elcagette.roubaix@gmail.com				Soutien au projet
	Marcq GV	Marie Paule Blandain	marcq.gv@gmail.com				Soutien au projet
	Centre social Nautilus Roubaix	Doriane Bossut	coordonatriceprojet@csnautilus.eu				Soutien au projet
	Les anges gardiens	Aude Messuwe	amessuwe@angesgardins.fr				Soutien au projet

Partenaires région Centre-Val de Loire

Etablissements de soins						
Centres hospitaliers	CSO CHRU Tours	Professeur Régis HANKARD	R.HANKARD@chu-tours.fr>			Soutien au projet
	CH Blois	Julie CAPELLE	capellj@ch-blois.fr			Soutien au projet
Structures de coordination						
PTA	Diapason 36	Docteur Françoise LEVITTA	francoise.levitta@orange.fr			Engagée
	ANSEA 37	Docteur Valérie BRUN	reps037@orange.fr			A recruter
	Escale Santé 41					
DAC	Appui Santé Loiret	Eric Drahi	edrahi@appuisante Loiret.fr			Engagée
CPTS	CPTS Orléanaise	Docteur Claude DABIR	cpts.orleanaise@gmail.com			Engagée
	CPTS Est-Orléanais					A recruter
Associations de patients	ASECK	Christelle LEFEBVRE	aseck.association45@yahoo.fr			Soutien au projet
	Un nouveau regard sur toutes ses formes					
Entreprise	Fedmind	Maiwen JANOVET	maiwen.janovet@fedmind.com			Soutien au projet
CLS	CLS Gatinais		cls@pays-gatinais.com			A recruter
	CLS Giennois		cls-giennois@orange.fr			A recruter
	CLS Beauce		sante.pbgp@orange-business.fr			A recruter
	CLS Agglo-Orléans		valerie.hamois@ville-fleurylesaubrais.fr			A recruter
Équipes de proximité	Châteauneuf Sur Loire (MSP)	Docteur Sandrine MBEMBA	sandrine.mbemba@gmail.com			Engagée
	Quartier de l'Argonne, Orléans (MSP)	Docteur Naima BOURAKI	nbourak@gmail.com			Engagée
	Bazoches (pôle de santé)/Pithiviers	Docteur Latifa MICQJASS				Engagée
	Cléry Saint André/Meuung Sur Loire (MSP)	Docteur Gwenaëlle CORDIER				Engagée
	Saint Jean de Braye (MSP)	Docteur Christelle CHAMANT				Engagée
	Fleury les Aubrais (MSP)	Docteur de RIBAUCCOURT				Engagée
	La Ferté Saint Aubin/Ligny le Ribault	Docteur Christelle SAILLARD				Engagée